CODE DES PRATIQUES POUR LE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Quatrième édition
31 mai 2001

DISPUTE RESOLUTION PRACTICE CODE

Fourth Edition
May 31, 2001

Commission des services financiers de l'Ontario

Financial Services Commission of Ontario

Commission des services financiers de l'Ontario

Renseignements généraux
(416) 250-6714 (local)
(800) 517-2332 (sans frais)

This publication is available in English

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2001

102-01704/

TABLES DES MATIÈRES

PRÈAMBULE

Introduction ..... Intro 1

Services offerts par le Groupe de règlement des différends ..... Intro 1

Au sujet de ce **Code** ..... Intro 2

Comment le **Code** est organisé ..... Intro 3

Où obtenir des exemplaires supplémentaires de ce **Code**, des formulaires relatifs au règlement de différends et les décisions rendues par le Groupe de règlement des différends ..... Intro 4

Réponses à quelques questions fréquentes des demandeurs ..... Intro 8

Groupes consultatifs des utilisateurs du Groupe de règlement des différends ..... Intro 14

Renseignements généraux sur les délais relatifs aux services offerts par le Groupe de règlement des différends ..... Intro 15

Comment faire pour obtenir d'autres renseignements ..... Intro 16

SECTION A – RÈGLES DE PROCÉDURE

PARTIE 1

Règles générales relatives au règlement des différends

1. Interprétation ..... A 1-1
2. Directives ..... A 1-1
3. Notes pratiques ..... A 1-2
4. Définitions ..... A 1-2
5. Services et documents du Groupe de règlement des différends ..... A 1-4
6. Dépôt ..... A 1-5
7. Signification de documents ..... A 1-5
8. Calcul des délais ..... A 1-7
9. Représentation ..... A 1-7
10. Partie incapable ..... A 1-9
11. Délais de médiation, d'évaluation neutre ou d'arbitrage ..... A 1-10

PARTIE 2

Médiation

12. Demande de médiation ..... A 2-1
13. Désignation d'un médiateur ..... A 2-2
14. Réponse à une demande de médiation ..... A 2-2
15. Fusionnement des demandes et ajout de nouvelles questions en litige ..... A 2-3
16. Procédure de médiation ..... A 2-3
17. Participation à la médiation ..... A 2-4
18. Caractère confidentiel de la médiation ..... A 2-4
19. Délais de la procédure de médiation ..... A 2-5
20. Règlement d'une question en litige ..... A 2-5
21. Échec de la médiation ..... A 2-5
22. Rapport du médiateur ..... A 2-6
23. Modification du rapport du médiateur ..... A 2-7
24. Renvoi pour évaluation neutre ..... A 2-7

PARTIE 3

Arbitrage et évaluation neutre auprès de la Commission

25. Demande d'arbitrage ..... A 3-1
26. Options dont l'assureur peut se prévaloir, y compris l'évaluation neutre auprès de la Commission ..... A 3-2
27. Réponse de l'assureur ..... A 3-3
28. Désignation d'un arbitre ..... A 3-4
29. Contre-réponse de l'auteur(e) de la demande d'arbitrage ..... A 3-4
30. Fusionnement des demandes ..... A 3-4
31. Séparation des questions en litige ..... A 3-5
32. Échange de documents avant la conférence préparatoire ..... A 3-5

33. Conférence préparatoire ..... A 3-6
34. Défaut d'observation des règles ..... A 3-7
35. Conférence en vue de règlement avant la date de l'audience ..... A 3-8
36. Confidentialité des conférences en vue de règlement ..... A 3-8
37. Audiences ..... A 3-8
38. Délais s'appliquant aux audiences écrites ..... A 3-9
39. La preuve ..... A 3-10
40. La preuve obtenue par surveillance ..... A 3-11
41. Témoins ..... A 3-11
42. Témoins experts ..... A 3-12
43. Reprise de l'audience ..... A 3-12
44. Évaluation neutre auprès de la Commission ..... A 3-12
45. Sommaire de cas pour l'évaluation neutre ..... A 3-13
46. Fin de l'évaluation neutre ..... A 3-14
47. Opinion de l'évaluateur neutre ..... A 3-14
48. Rapport de l'évaluateur neutre ..... A 3-14
49. Renvoi pour arbitrage après une évaluation neutre ..... A 3-15

PARTIE 4

Appel d'une ordonnance d'arbitrage

50. Appel ..... A 4-1
51. Commencement de la procédure d'appel ..... A 4-1
52. Délais d'un appel ..... A 4-2
53. Réponse à l'appel ..... A 4-2
54. Arguments écrits ..... A 4-2
55. Appel de l'intimé (« Appel incident ») ..... A 4-3
56. Procédure d'appel ..... A 4-3

57. Conférence préliminaire ..... A 4-4

58. Non-participation ..... A 4-4

59. Interventions ..... A 4-4

60. Procédure d'intervention ..... A 4-5

PARTIE 5

Modification ou révocation d'une ordonnance

61. Demande de modification/révocation ..... A 5-1

62. Réponse à une demande de modification/révocation ..... A 5-2

63. Procédure de modification/révocation ..... A 5-2

PARTIE 6

Procédure générale d'audience

64. Application de la présente partie ..... A 6-1

65. Ordonnances ..... A 6-1

66. Exécution des ordonnances par un tribunal judiciaire ..... A 6-1

67. Ordonnances rendues en cours d'instance : motions ..... A 6-2

68. Rejet de l'instance sans audience ..... A 6-3

69. Règlement ..... A 6-4

70. Désistement ..... A 6-4

71. Incapacité de l'arbitre de mener une audience à terme ..... A 6-5

72. Ajournements ..... A 6-5

73. Assignation de témoin ..... A 6-6

74. Transcriptions ..... A 6-7

75. Adjudication des frais ..... A 6-8

76. Offre de règlement ..... A 6-8

77. Communication d'une offre de règlement ou d'une réponse à une offre de règlement ..... A 6-9

78. Frais de représentant ..... A 6-10

79. Évaluation des dépenses ..... A 6-10

80. Questions relatives à la Constitution et/ou à la Charte des droits et libertés ..... A 6-11

81. Renonciation aux règles de procédure ..... A 6-12

82. Témoignage et instances civiles ..... A 6-12

SECTION B – DIRECTIVES

1. Directive relative à l'identification des personnes qui travaillent à leur compte ..... B 1-1

2. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation (*Loi 59*) ..... B 2-1

3. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation ..... B 3-1

4. Directive relative au choix du centre d'évaluation désigné le plus proche ..... B 4-1

5. Directive concernant l'identification des étudiants admissibles à l'indemnité d'etudiant sans revenu d'emploi (*Loi 59*) ..... B 5-1

6. Directive relative à l'identification des personnes admissibles à des indemnités pour incapacité à poursuivre des études ..... B 6-1

7. Directive concernant la gestion des demandes portant sur des troubles associés à l'entorse cervicale ..... B 7-1

8. Directive concernant l'indexation optionnelle des indemnités ..... B 8-1

9. Directive concernant les frais de transport ..... B 9-1

10. Directive concernant les frais de transport (à partir du 31 mars 2001) ..... B 10-1

11. Directive concernant les conflits d'intérêts dans la prestation de services médicaux et de réhabilitation ..... B 11-1

SECTION C – NOTES PRATIQUES

1. L'utilisation de preuves médicales pour appuyer votre demande d'indemnités d'accident ..... C 1-1
2. Règlement dans le cadre de la procédure de règlement des différends ..... C 2-1
3. Participation et représentation dans le cadre du règlement d'un différend (« pouvoir de lier ») ..... C 3-1
4. Échange de documents ..... C 4-1
5. Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre ..... C 5-1
6. Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario ..... C 6-1
7. La conférence préparatoire à l'audience d'arbitrage ..... C 7-1
8. Assignation de témoin à comparaître à une audience d'arbitrage ..... C 8-1
9. Ajournements ..... C 9-1
10. Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile (le Règlement de l'Ontario 238/95) ..... C 10-1
11. Questions de compétence soulevées lors de la médiation ..... C 11-1
12. Ce que le demandeurs devraient savoir au sujet des centres d'évaluation désignés ..... C 12-1
13. Ce que les assureurs devraient savoir lorsqu'ils posent des questions aux centres d'évaluations désignés ..... C 13-1

SECTION D – DROITS ET COTISATIONS

1. Droits ..... D 1-1
2. Cotisation de l'assureur ..... D 1-2
3. Paiement des droits par la personne assurée ..... D 1-2
4. Paiement des droits et de la cotisation par l'assureur ..... D 1-3

SECTION E – RÈGLEMENT RELATIF AU RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Extrait du Règlement 664, R.R.O, tel que modifié par le R.O. 780/93 pris en application de la *Loi sur les assurances* (Règlements - Indemnités d'accident légales) ..... E 1-1

SECTION F - RÈGLEMENT RELATIF AUX FRAIS

Extrait du Règlement 664, R.R.O. 1990, tel que modifié par le Règlement 464/96 pris en application de la *Loi sur les assurances*, paragraphe 12 (Critères relatifs au remboursement des frais) ..... F 1-1

Annexe au Règlement 664, R.R.O. 1990, tel que modifié par le R.O. 464/96 (Frais associés au règlement des différends) ..... F 1-1

SECTION G - FORMULAIRES

Formulaire A - Demande de médiation ..... G A-1

Formulaire B - Réponse à une Demande de médiation ..... G B-1

Formulaire C - Demande d'arbitrage ..... G C-1

Formulaire D - Consentement à une évaluation neutre à la Commission ..... G D-1

Formulaire E - Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage ..... G E-1

Formulaire F - Affirmation de signification ..... G F-1

Formulaire G - Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage ..... G G-1

Formulaire H - Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre à la Commission ..... G H-1

Formulaire I - Avis d'appel ..... G I-1

Formulaire J - Réponse à l'Avis d'appel ..... G J-1

Formulaire K - Demande d'intervention ..... G K-1

Formulaire L - Demande de modification/révocation ..... G L-1

Formulaire M - Réponse à une Demande de modification/révocation ..... G M-1

Formulaire N - Assignation de témoin ..... G N-1

Formulaire O - Affidavit de signification pour une assignation de témoin ..... G O-1

INTRODUCTION

Le **Code des pratiques pour le règlement des différends** (le « **Code** ») est un guide de l'utilisateur visant le règlement de différends opposant les consommateurs et les assureurs en matière des demandes d'indemnités d'accident légales en vertu de la *Loi sur les assurances* et de *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Le **Code** est publié par le Groupe de règlement des différends de la **Commission des services financiers de l'Ontario** (« CSFO » ou la « Commission »). Bien qu'il y ait eu des éditions antérieures du présent **Code**, celle-ci est la première édition publiée par le Groupe de reglement des différends depuis qu'il fait partie de la CSFO.

La CSFO régit le secteur de l'assurance ainsi que d'autres secteurs des services financiers de l'Ontario, notamment les régimes de retraite, les caisses populaires et les credit unions, les coopératives, les courtiers en hypothèques et le secteur des prêts et des fiducies. Il s'agit d'un organisme impartial qui relève du ministère des Finances. La CSFO offre des services réglementaires et directs visant à protéger l'intérêt du public et à rehausser la confiance du public à l'égard des secteurs réglementés.

La CSFO a été créée le 1er juillet 1998 aux termes de la *Loi de 1997 sur la Commission des services financiers de l'Ontario*. Elle regroupe les activités de l'ancienne Commission des assurances de l'Ontario, de la Commission des régimes de retraite de l'Ontario et de la Division des établissements de dépôt du ministère des Finances.

Le **Code** établit des règles permettant d'offrir des services de règlement des différends de façon rapide, économe et équitable par l'entremise du Groupe de règlement des différends de la CSFO. Les règles de procédures énoncées dans le **Code** s'appliquent à toutes nouvelles demandes ainsi qu'aux instances déjà en cours. Ces règles ont été établies après des consultations approfondies avec les utilisateurs du système de règlement des différends.

SERVICES OFFERTS PAR LE GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS DE LA CSFO

Le Groupe de règlement des différends de la Commission offre des services de médiation, d'évaluation neutre et d'arbitrage. Il existe également une procédure pour faire les demandes d'appels sur des questions de droit, ainsi qu'une procédure pour demander la modification ou la révocation d'ordonnances.

Si des consommateurs et des assureurs n'arrivent pas à s'entendre au sujet d'un différend qui découle d'une demande relative aux indemnités d'accident légales, la première étape du processus de règlement des différends consiste à présenter une demande de médiation. Pour les différends de cette nature, la médiation est obligatoire en Ontario et on doit donc y avoir recours avant de porter une cause devant un tribunal judiciaire ou à l'arbitrage. L'assuré ne paie pas de frais. Toutefois chaque partie doit assumer ses dépenses personnelles, dont les honoraires d'avocats, les frais de déplacement, les services de comptabilité et les rapports médicaux supplémentaires.

La médiation est une procédure informelle dans le cadre duquel un médiateur aide les parties à résoudre un différend en éclaircissant les questions et en trouvant des solutions acceptables. L'Unité de médiation du Groupe de règlement des différends a fait ses preuves, obtenant les règlements de toutes ou de certaines questions en litige dans plus de 75 % des cas soumis à la médiation. En décembre 1998, l'Unité a reçu le prestigieux Prix Améthyste pour services exceptionnels de la fonction publique de l'Ontario.

Advenant l'échec de la médiation devant la Commission, la personne assurée peut choisir parmi plusieurs options. Elle peut continuer de négocier directement avec son assureur. En outre, la personne assurée peut choisir l'arbitrage auprès de la Commission, l'arbitrage privé, l'évaluation neutre privée ou la poursuite judiciaire. Chaque procédure comprend ses propres règles et il ne sera peut-être pas possible pour la personne assurée de passer de l'une à l'autre. Si par exemple, la personne assurée entame une instance devant un tribunal judiciaire, elle ne peut pas demander l'arbitrage auprès de la Commission, ou vice versa.

AU SUJET DE CE CODE

Ce **Code** fournit aux parties la marche à suivre pour le règlement des différends auprès de la Commission. Il explique les exigences que doivent respecter les personnes en cause et énonce les règles relatives au dépôt des documents, aux délais et au paiement des droits et des dépenses. Il faut surtout noter les droits et les obligations des assureurs et des demandeurs relativement aux demandes d'indemnités d'accident légales. Ces droits et obligations sont énoncés dans les **Directives B 2-1 et B 3-1**, à la **section B** du **Code**.

Il convient de souligner que les types d'indemnités disponibles, les montants et les critères d'admissibilité aux indemnités peuvent varier en fonction de la date à laquelle l'accident est survenu.

Si l'accident est survenu :	**La loi qui s'applique est :**
• le 1er novembre 1996, ou après cette date	• la *Loi sur les assurances*, L.R.O., 1990, chap. I.8, telle que modifiée, y compris les modifications en vertu de la *Loi de 1996 sur la stabilité des taux d'assurance-automobile*, également connue sous le nom de **Loi 59**; et • *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date*, Règlement de l'Ontario *423/96*, tel que modifié.
• le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996	• la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée par la *Loi de 1993 modifiant les lois concernant les assurances*, également connue sous le nom de **Loi 164**; et

	• *l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales – Accidents survenus après le 31 décembre 1993 et avant le 1er novembre 1996*, Règlement de l'Ontario *776/93*, tel que modifié.
• le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993	• la *Loi sur les assurances*, L.R.O., 1980, chap. 218, telle que modifiée par *la Loi de 1990 modifiant les lois concernant les assurances* et consolidée par la Loi sur les assurances, L.R.O., chap. I.8, également connue sous le nom de *Régime de protection des automobilistes de l'Ontario* ou **Loi 68**; et • *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales – Accidents survenus avant le 1er janvier 1994*, Règlement de l'Ontario *672/90*, tel que modifié.

Ces règles NE s'appliquent PAS à un accident survenu le 21 juin 1990, ou **avant** cette date.

Lorqu'une disposition du **Code** se présente comme une infraction à la *Loi sur les assurances* ou à toute autre loi, c'est cette loi qui prévaut.

Comment le Code est organisé

Le **Code** est divisé en sept sections.

La **Section A** intitulée **Règles de procédure** expose les règles générales applicables au règlement des différends devant la Commission : médiation, arbitrage, évaluation neutre, appel d'une ordonnance d'arbitrage, modification ou révocation d'une ordonnance, ainsi que les procédures générales d'audience.

La **Section B** contient les **Directives** de la surintendante des services financiers et de l'ancien commissaire de la Commission des assurances de l'Ontario relatives à l'interprétation et au fonctionnement des *Annexes sur les indemnités d'accident légales*.[1]

La **Section C** renferme des **Notes pratiques** qui sont émises par le Groupe de règlement des différends pour expliquer les éléments clés de la procédure de règlement des différends.

La **Section D** porte sur les **droits et les cotisations applicables.**

[1] Cette section contient les directives élaborées par l'organisme qui a précédé la Commission des services financiers de l'Ontario, soit la Commission des assurances de l'Ontario, ainsi que par la CSFO et pourrait renvoyer à la Commission des assurances de l'Ontario ou au commissaire. Toute mention de la Commission des assurances de l'Ontario ou du commissaire des assurances de l'Ontario devrait être lue comme étant la Commission des services financiers de l'Ontario et/ou la surintendante.

Les **Sections E et F** renferment respectivement les **règlements relatifs au règlement des différends et aux frais.**

Un exemplaire de tous les **formulaires** se trouve à la **Section G.**

Pour obtenir de l'information générale sur la médiation, l'évaluation neutre, l'arbitrage ainsi que sur les procédures d'appel, de modification et de révocation, consultez la rubrique intitulée **« Réponses aux questions fréquentes des demandeurs »**, que vous trouverez à la fin de cette **Introduction**.

Les pages du Code sont perforées (trois trous) de façon à pouvoir être rangées dans une reliure à anneaux standard de un pouce et demi ou de deux pouces et demi avec pochette transparente à l'avant et au dos. Cela facilitera l'insertion des mises à jour publiées périodiquement.

OÙ OBTENIR DES EXEMPLAIRES SUPPLÉMENTAIRES DE CE CODE, DES FORMULAIRES RELATIFS AU RÈGLEMENT DE DIFFÉRENDS ET LES DÉCISIONS RENDUES PAR LE GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS.

Vous pouvez acheter des exemplaires supplémentaires du **Code** ainsi que les mises à jour à l'adresse suivante :

Publications Ontario
880, rue Bay,
Toronto (Ontario) M7A 1N8
Tél. : (416) 326-5300
(800) 668-9938 (sans frais)

Les établissements intéressés à vendre le **Code** sont priés de s'adresser au Directeur des arbitrages de la Commission à l'adresse du Groupe de règlement des différends indiquée ci-dessous.

Le **Code** en entier ainsi qu'une liste à jour de tous les établissements qui vendent le Code sont affichés sur le site Web de la CSFO à l'adresse www.fsco.gov.on.ca. On peut également trouver des exemplaires du **Code** dans les grandes bibliothèques publiques et dans les revues juridiques qui publient les décisions du Groupe de règlement des différends.

Le texte intégral des décisions rendues par l'Unité d'arbitrage et par l'Unité des appels de la Commission est affiché sur le site Web de la CSFO à l'adresse **<www.fsco.gov.on.ca>**. Les décisions sont affichées sur un site sécurisé. Les intéressés sont priés d'appeler la ligne d'assistance au (416) 590-7202 ou au 1 800 517-2332 (sans frais), poste 7202 pour obtenir un mot de passe.

Des résumés et des commentaires sur des décisions rendues par l'Unité d'arbitrage et l'Unité des appels du Groupe de règlement des différends sont publiées dans les documents juridiques et services informatiques énumérés ci-dessous. Veuillez communiquer directement avec le fournisseur pour obtenir les détails au sujet des frais liés à l'utilisation de ces résumés ou services informatiques.

Financial Services Commission of Ontario (Motor Vehicle Insurance) Law & Practice
Catherine H. Zingg, eds. (Canada Law Book Inc., août 2001) Canada Law Book Inc.
240, rue Edward
Aurora (Ontario)
L4G 3S9
Téléc. : (905) 841-5085
Ventes seulement (sans frais) : 1 800 263-3269 ou
1 800 263-2037
Case Law on Call: 1 800 565-6967

No Fault Arbitration Manual, Ontario,
Robert A. Robinson and Harry P. Brown, eds.
Scarborough, Ont. Carswell, 2000 3 vols.
1 Corporate Plaza
2075, chemin Kennedy
Scarborough (Ontario) M1T 3V4
Téléc. : (416) 298-5082
Tél. : (416) 609-3800
Courrier électronique : customercare@carswell.com
Site Web : **<www.carswell.com>**

Ontario Accident Benefits Case Summaries
Eric K. Grossman, ed. (CCH Canadian Ltd., 19959)
90, avenue Sheppard est, Bureau 300
North York ON M2N 6X1
Téléc. : (416) 224-2243;
Tél. : (416) 224-2224; 1 800 461-5308, 1 800 461-4131
À l'extérieur de Toronto, téléphone 1 800 387-5164

QUICKLAW Computer Reporting Services
1, First Canadian Place, Bureau 930
C.P.235
Toronto (Ontario) M5X 1C8
Téléc. : (416) 862-8073
Tél. : (416) 862-7656
À l'extérieur de Toronto, téléphone 1 800 387-0899

31 mai 2001

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de médiation, d'arbitrage, d'appel ou de modification/révocation auprès de votre compagnie d'assurance. Si vous avez de la difficulté à vous procurer un formulaire, vous pouvez télécharger un exemplaire à partir de la Section G du **Code** affiché sur le site de la CSFO à l'adresse **<www.fsco.gov.on.ca>** ou vous pouvez en faire la demande auprès du Groupe de règlement des différends par écrit à l'adresse suivante :

Commission des services financiers de l'Ontario
Groupe de règlement des différends
5160, rue Yonge, C.P. 85
Toronto (Ontario) M2N 6L9

Veuillez préciser si vous désirez un formulaire pour une médiation, un arbitrage ou un appel.

Par téléphone ou par télécopieur aux numéros suivants :

Médiation :
Tél. : (416) 250-6714 poste 7210,
ou 1 800 517-2332 (sans frais), poste 7210
Téléc. : (416) 590-7077

Arbitrage ou évaluation neutre :
Tél. : (416) 590-7202
ou 1 800 517-2332 (sans frais), poste 7202
Téléc. : (416) 590-8462

Appel, modification ou révocation :
Tél. : (416) 590-7222
ou 1 800 517-2332 (sans frais)
Téléc. : (416) 590-7077

Les commandes d'un nombre important de formulaires peuvent être passées auprès d'imprimeurs, dont :

Information Design Works
Cooper and Williamson
1, chemin Eva, Bureau 109
Toronto (Ontario) M9C 4Z5
Tél. : (416) 622-1005

Informco Inc.
35, avenue Bertrand
Scarborough (Ontario) M1L 2P3
Tél. : (416) 285-1700

Lancaster Datamark
40, Nolan Court
Markham (Ontario) L3R 2V7
Tél. : (905) 475-9750, 1-800-361-3263

McCutcheon Business Forms
75, chemin Hale
Brampton (Ontario) L6W 3J9
Tél. : (905) 451-3573

31 mai 2001

RÉPONSES À QUELQUES QUESTIONS FRÉQUENTES DES DEMANDEURS

Quel genre de différend peut-on porter devant le Groupe de règlement des différends de la Commission ?

Nos services ont pour but d'aider le règlement des différends en matière de votre droit à des indemnités en vertu des *Annexes sur les indemnités d'accident légales* et le montant de ces indemnités. On peut avoir recours aux services du Groupe de règlement des différends après avoir présenté une demande à l'assureur et l'assureur l'a refusée. *Les Annexes* portent uniquement sur les lésions corporelles découlant d'accidents de véhicules automobiles qui se sont produits le 22 juin 1990 ou après cette date.

Nous ne nous occupons pas des différends opposant deux ou plusieurs assureurs et visant à déterminer lequel parmi eux est responsable du paiement des indemnités d'accident légales. Ces différends doivent être soumis à l'arbitrage privé en vertu de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*. Reportez-vous à la **Note pratique no 10** – « Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile », à la **Section C** du **Code**.

Quelles sont les premières démarches à faire ?

La première étape est la **médiation**. Pour entreprendre une médiation, vous devez envoyer un exemplaire du formulaire ***Demande de médiation*** **(FORMULAIRE A)** dûment remplie au Groupe de règlement des différends. (Voir la **Partie 2** des **Règles – Médiation**).

MÉDIATION

Qu'est-ce que la médiation ?

La médiation est une procédure informelle où une tierce personne neutre (le médiateur) aide les parties à régler les questions en litige. Les médiateurs travaillent avec les parties pour trouver des solutions acceptables pour tous. Son rôle est d'aider les parties à clarifier les questions en litige et à explorer les différentes options pour en venir à un règlement satisfaisant. Les médiateurs sont impartiaux et n'ont pas le pouvoir d'imposer des décisions. Selon nos statistiques, la plupart des questions en litige sont réglées à l'étape de la médiation.

Combien ce service coûte-t-il ?

Il n'y a pas de frais reliés à la médiation pour la personne assurée. Toutefois, vous devez assumer vos dépenses personnelles, dont les honoraires d'avocats, les frais de déplacement, les services de comptabilité et les rapports médicaux supplémentaires.

Dans quelles langues puis-je obtenir le service de médiation ?

Les services de médiation sont dispensés en anglais et en français. Les services en français sont offerts à l'auteur(e) de la demande si cette personne en fait la demande. La partie qui a besoin de services d'interprétation dans une langue autre que le français ou l'anglais doit prendre elle-même les dispositions nécessaires et payer tous les frais qui y sont reliés.

Ai-je besoin d'un(e) avocat(e) ?

Il n'est pas nécessaire d'avoir recours aux services d'un(e) avocat(e) dans le cadre de la médiation. Toutefois, de nombreuses personnes préfèrent avoir l'aide d'un(e) avocat(e).

Dois-je assister aux séances de médiation ?

Oui. Les séances de médiation peuvent avoir lieu en présence des parties ou par téléphone (habituellement par conférence téléphonique). Que vous ayez quelqu'un pour vous représenter ou non, vous avez la responsabilité de participer à la procédure de médiation. Si pour une raison exceptionnelle, vous êtes dans l'impossibilité de participer, la personne qui vous représente doit être habilitée à vous lier dans le cadre d'une entente ou de régler le différend en votre nom. Si ce n'est pas le cas, le médiateur peut ajourner la procédure de médiation.

Combien de temps cela dure-t-il ?

La Loi sur les assurances prévoit que toutes les médiations doivent être terminées **dans un délai de 60 jours**. Dans certains cas, ce délai peut être prolongé si toutes les parties en cause y consentent par écrit.

De quels documents ai-je besoin ?

Vous devez essayer de fournir des copies des documents les plus pertinents. Lorsqu'il s'agit d'un litige portant sur une question médicale, ces documents peuvent inclure des rapports de médecins, d'hôpitaux et de physiothérapie. Si le litige porte sur le montant de votre revenu, il faudra alors présenter des déclarations de revenu, des états financiers et des livrets de banque. Voir la **Note pratique n° 4** – « Échange de documents » à la **Section C** du **Code**.

Chaque partie peut demander à l'autre de lui fournir les documents pertinents. Si vous ne produisez pas les documents que le médiateur considère nécessaires pour régler les questions en litige, ce fait sera noté dans son rapport.

Que se passe-t-il si le différend n'est pas réglé à l'étape de la médiation ?

Si, à l'issue de la médiation, des questions demeurent en litige vous pouvez continuer de négocier directement avec la compagnie d'assurance. En outre, la personne assurée peut choisir l'arbitrage auprès de la Commission, l'arbitrage privé, l'évaluation neutre privée ou une poursuite judiciaire.

Qu'est-ce qu'un centre d'évaluation désigné ?

Les centres d'évaluation désignés, ou CÉD, sont des prestateurs ou établissements de soins de santé désignés en vertu des *Annexes sur les indemnités d'accident légales* afin de fournir des évaluations indépendantes des victimes d'accidents d'automobile en Ontario. Les CÉD aident à obtenir un règlement immédiat des différends opposant la personne assurée et la compagnie d'assurance en offrant des opinions neutres et objectives de spécialistes sur les questions médicales. Vous devrez peut-être vous soumettre à une évaluation d'un CÉD si votre accident est survenu le 1er janvier 1994 ou après cette date. Si vous ne vous présentez pas au CÉD sans motif raisonnable, la médiation ou l'arbitrage peut vous être refusé. Voir la **Note pratique n° 1** – « L'Utilisation de preuves médicales pour appuyer la demande d'indemnités d'accident » à la **Section C** du **Code** ainsi que la **Note pratique n° 12** – « Ce que les demandeurs doivent savoir au sujet des centres d'évaluation désignés » à la **Section C** du **Code**. Pour obtenir d'autres renseignements au sujet des CÉD et des directives régissant les CÉD, vous pouvez visiter le site Web de la CSFO à l'adresse **<www.fsco.gov.on.ca>**

ÉVALUATION NEUTRE

Qu'est-ce que l'évaluation neutre ?

Lors d'une évaluation neutre, une tierce partie neutre (l'évaluateur neutre) fournit aux parties une évaluation des questions en litige ainsi qu'une opinion quant à l'issue probable d'une instance si elle était portée devant un tribunal judiciaire ou à l'arbitrage devant la Commission. Cette évaluation a pour but d'aider les parties à régler leur différend au début du processus.

Comment puis-je obtenir une évaluation neutre?

Vous pouvez obtenir une évaluation neutre soit auprès d'un évaluateur privé soit dans le cadre de la procédure d'arbitrage à la Commission. Vous et votre assureur pouvez convenir de soumettre votre différend à un évaluateur neutre privé (qui ne fait pas partie de la Commission). Le médiateur peut aussi renvoyer la cause à l'évaluation neutre privée. Voir la **Note pratique n° 5** « Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre » à la **Section C** du **Code**. Si les parties en font la demande par écrit, le directeur des arbitrages désignera une personne choisie par les parties, laquelle mènera l'évaluation neutre privée.

Pour obtenir une évaluation neutre auprès de la Commission, vous devez soumettre une demande d'arbitrage et les deux parties doivent consentir à une évaluation neutre. Voir la **Note pratique n° 6** « Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario» à la **Section C** du **Code**.

Combien ce service coûte-t-il?

Les évaluateurs privés établissent leur propre tarif. La Commission n'est pas responsable du coût d'une évaluation neutre privé et les modalités de paiement et le prix doivent être négociés entre les parties et l'évaluateur sélectionné.

Bien que la personne assurée ne paie pas de frais supplémentaires pour une évaluation neutre auprès de la Commission, elle doit tout de même payer des droits de dépôt de **100 $**.

Que se passe-t-il si le différend ne se règle pas lors de l'évaluation neutre ?

Si vous aviez soumis votre différend à une évaluation neutre privée et que le ***Rapport de l'évaluateur neutre*** a été remis, vous pouvez demander l'arbitrage auprès de la Commission, l'arbitrage privé aux termes de la *Loi sur l'arbitrage* ou porter votre cause devant un tribunal judiciaire. Si, à l'issue d'une évaluation neutre auprès de la Commission, il reste encore des questions à régler, votre dossier passera directement à l'étape de l'audience d'arbitrage sans la tenue d'une conférence préparatoire.

ARBITRAGE DEVANT LE GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS DE LA COMMISSION

Qu'est-ce que l'arbitrage ?

L'arbitrage est un processus de prise de décisions semblable à celui des tribunaux judiciaires. Les procédures d'arbitrage ont l'avantage d'être plus rapides, moins coûteuses et moins formelles que celles des tribunaux judiciaires. L'arbitre entendra les témoins assignés par les parties, examinera les preuves déposées à l'audience et rendra une décision qui liera les parties.

Qui peut présenter une demande d'arbitrage?

Seule la personne assurée peut déposer une demande d'arbitrage; la compagnie d'assurance n'en a pas le droit. Il est toutefois important de vous rappeler qu'une demande d'arbitrage ne peut être déposée que si les questions en litige ont d'abord fait l'objet d'une médiation qui a échoué.

Comment faire pour déposer une demande d'arbitrage ?

Vous devez envoyer au Groupe de règlement des différends un exemplaire dûment rempli du formulaire de ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** accompagnée des droits de dépôt de **100 $**.

Combien cela coûtera-t-il ?

En plus des droits de dépôt de **100 $**, vous devrez assumer vos propres dépenses, telles que les indemnités de témoins, les frais de déplacement, les frais de justice, les frais pour les services de comptabilité et les rapports médicaux supplémentaires et les frais de participation des témoins experts. L'arbitre peut accorder un

remboursement des frais d'une instance soit à la personne assurée, soit à l'assureur. Dans sa décision, l'arbitre tiendra compte des critères énumérés dans les **Règles 75** et **76** et dans la **Section F** du **Code** – **« Règlement relatif aux frais »**.

Dans certains cas, la personne assurée peut récupérer une partie ou la totalité de ses frais auprès de l'assureur, si l'arbitre en décide ainsi. Le remboursement accordé par l'arbitre est assujetti aux maximums indiqués dans le présent **Code** aux termes de la **Règle 78** et de la **Section F** – **« Règlement relatif aux frais »**. Les frais de justice peuvent être remboursés jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le présent **Code** aux termes de la **Règle 78**. Si les honoraires de votre avocat ou de votre représentant sont plus élevés, vous devrez payer le montant excédentaire directement à votre avocat.

L'arbitre peut aussi accorder à l'assureur, dans certains cas, le remboursement d'une partie des frais que la personne assurée sera tenue de payer. Voir la **Règle 75** et au **« Règlement relatif aux frais »** dans la **Section F** du **Code**.

De plus, si l'arbitre juge que la demande est frivole, frauduleuse, vexatoire ou constitue un recours abusif, on peut vous ordonner de payer à l'assureur un montant additionnel, jusqu'à concurrence du montant de cotisation qu'il a payé. (Voir les **Droits et cotisations** à la **Section D** du **Code**).

Dans quelles langues les services d'arbitrage sont-ils fournis ?

Les audiences d'arbitrage se déroulent en anglais ou en français. Les services en français sont offerts à la demande de l'auteur(e) de la demande. À la requête de l'auteur(e) de la demande et si l'arbitre le stipule, le Groupe de règlement des différends obtiendra des services d'interprétation dans d'autres langues. Le Groupe de règlement des différends défrayera le coût des services d'interprétation requis lors de l'audience.

Ai-je besoin d'un(e) avocat(e) ?

Bien que les services d'un(e) avocat(e) ne soient pas requis, bon nombre de personnes se font représenter lors d'un arbitrage. Les compagnies d'assurance y sont presque toujours représentées par un(e) avocat(e). Il vaut mieux au moins consulter un(e) avocat(e).

De quels documents ai-je besoin ?

Tout comme dans le cas de la médiation, vous devriez obtenir des documents pertinents à votre demande de sources indépendantes. Vous devriez déjà avoir échangé les documents pertinents avec l'assureur avant la conférence préparatoire à l'audience. Par la suite, ces documents doivent également être fournis à l'arbitre qui préside la conférence préparatoire et l'audience. Lors de la conférence préparatoire, l'arbitre peut juger nécessaire d'ordonner la production d'autres documents importants. Les deux parties ont tout intérêt à soumettre les documents requis dans

les plus brefs délais. Voir la **Note pratique n° 4**, « Échange de documents », à la **Section C** du **Code**.

Dois-je assister à l'audience d'arbitrage ?

Oui. Ces audiences se déroulent généralement en présence des parties au bureau de la Commission à North York ou à d'autres endroits de la province. Il arrive que les parties s'entendent pour qu'il n'y ait pas d'audience verbale et que l'arbitre se serve des documents et des observations écrites déposés pour rendre sa décision.

Combien de temps l'audience d'arbitrage dure-t-elle ?

La durée de la procédure varie en fonction de la nature et de la complexité du dossier, mais en règle générale, une audience verbale devant le Groupe de règlement des différends dure de deux à trois jours.

APPEL, MODIFICATION/RÉVOCATION

Que devrais-je faire si je pense que la décision de l'arbitre est erronée ?

Si vous croyez qu'une erreur à été commise, vous disposez de deux recours possibles. D'abord, vous pouvez porter la décision **en appel**, mais seulement si l'arbitre a commis une erreur de droit. Vous ne pouvez pas interjeter appel simplement parce que vous croyez que l'arbitre aurait dû accepter vos éléments de preuve plutôt que ceux de l'autre partie.

Vous devez déposer un ***Avis d'appel*** **(FORMULAIRE I)** dans les **30 jours** suivant la date à laquelle l'arbitre a rendu sa décision, accompagné de droits de dépôt de **250 $**. Les appels sont soumis au directeur des arbitrages ou à un délégué que celui-ci désigne.

L'autre possibilité consiste à soumettre une ***Demande de modification/révocation*** **(FORMULAIRE L)**. Cette procédure convient si les circonstances de la personne assurée ont changé depuis l'audience de l'arbitrage, si vous disposez de nouveaux éléments de preuve qui n'étaient pas disponibles au moment de l'audience d'arbitrage, ou si la décision de l'arbitre comporte une erreur évidente. La ***Demande de modification/révocation*** doit être accompagnée de droits de dépôt de **250 $**.

Comment faire pour trouver un(e) avocat(e) ?

Le Barreau du Haut-Canada offre un service de référence qui vous aidera à trouver un(e) avocat(e). Pour plus de détails, composez le (416) 947-3330, et visitez le site Web de la Société du barreau à : <**www.lsuc.on.ca**>, et sélectionnez l'option « Information juridique à l'intention du public ».

GROUPES CONSULTATIFS DES UTILISATEURS DU GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Le Groupe de règlement des différends a la chance de travailler avec deux groupes consultatifs d'utilisateurs, lesquels se réunissent régulièrement au cours de l'année avec les membres de la haute direction du Groupe de règlement des différends. Le « Forum du barreau » est composé d'avocats et autres représentants qui comparaissent régulièrement au cours des procédures de règlement des différends à titre de représentants des assureurs ou des personnes assurées. Le « Forum des sociétés » est composé de personnes qui travaillent dans le domaine des règlements de différends pour la plupart des principales compagnies d'assurance-automobile en Ontario. Les membres du « Forum des sociétés » traitent régulièrement des demandes d'indemnités d'accidents contestées au sein de notre système.

Les groupes consultatifs d'utilisateurs se réunissent périodiquement en vue de faire des commentaires et des suggestions précieux au Groupe de règlement des différends afin que celui-ci continue d'offrir des services équitables, souples, économes et efficaces en matière de règlement des différends. Les dates de réunions et procès verbaux de ces deux groupes consultatifs sont affichés sur le site Web de la CSFO à l'adresse **<www.fsco.gov.on.ca>**.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LES DÉLAIS RELATIFS AUX SERVICES OFFERTS PAR LE GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

1. Toute personne assurée ou tout assureur peut déposer une demande de médiation relative à un différend sur le droit de la personne assurée de recevoir des indemnités d'accident si une demande a été rejetée par l'assureur ou si la période de temps dont dispose l'assureur pour répondre à la demande est écoulée. **(Règle 12.1)**.

2. Une ***Demande de médiation*** **(FORMULAIRE A)** doit être déposée auprès du Groupe de règlement des différends dans les **2 ans** suivant la date à laquelle l'assureur a indiqué par écrit qu'il refusait de payer les indemnités réclamées **(Règle 11)**.

3. Une ***Demande de médiation*** **(FORMULAIRE A)** dûment remplie conformément aux dispositions de la **Règle 12.2**, sera enregistrée et confiée à un médiateur dans les **3 semaines** qui suivent la réception de la demande.

4. La médiation doit être terminée dans les **60 jours** qui suivent la date de l'enregistrement de la ***Demande de médiation*** dûment remplie. **(Règle 19)**.

5. Un **Rapport du médiateur (Règle 22)** sera remis dans un délai de 7 jours ouvrables qui suivent la conclusion de la médiation.

6. Une ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** doit être déposée auprès du Groupe de règlement des différends au plus tard **2 ans** après la date à laquelle l'assureur a indiqué par écrit qu'il refuse de payer le montant réclamé. Cependant, une personne assurée peut déposer une ***Demande d'arbitrage*** dûment remplie dans les **90 jours** suivant la remise du ***Rapport du médiateur*** aux parties. **(Règle 11)**.

7. Une ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** sera enregistrée et confiée à un administrateur des cas d'arbitrage dans les **5 jours ouvrables** qui suivent la réception de la ***Demande*** dûment remplie conformément aux dispositions de la **Règle 25.1**.

8. Les parties pourront s'informer des dates de la conférence préparatoire **(Règle 33)** dans les **6 à 8 semaines** qui suivent la date de l'enregistrement de la ***Demande d'arbitrage*** dûment remplie.

9. Les parties pourront s'informer des dates de l'audience verbale dans les **4 à 6 mois** qui suivent la date de la conclusion de la conférence préparatoire.

10. En règle générale, une audience verbale se termine dans un délai de 3 jours.

11. L'arbitre rendra son ordonnance d'arbitrage d'une audience verbale dans les **60 à 85 jours** qui suivent la conclusion de l'audience verbale.

12. En règle générale, une audience écrite se termine dans un délai de **60 jours** (**Règle 38**).

13. Lors d'une audience écrite, l'arbitre rendra son ordonnance à la plus tardive des dates suivantes :

    (a) dans les **60 jours** qui suivent le dernier jour où la personne assurée peut déposer une ***Contre-réponse de l'auteur(e) de la demande d'arbitrage***

    (b) dans les **30 jours** qui suivent le dernier jour où les parties sont tenues de déposer les documents supplémentaires et les observations écrites (**Règle 38**).

14. Un **Avis d'appel** (**FORMULAIRE I**) sur une question juridique doit être déposé dans les **30 jours** qui suivent la date où la décision d'arbitrage est portée en appel (**Règle 52**).

15. Une décision relative à l'appel sera émise dans les **60 à 85** jours qui suivent la date de la conclusion de l'audience d'appel écrite ou verbale.

16. Les parties peuvent demander une **Évaluation des frais** dans les **30 jours** qui suivent la date à laquelle l'arbitre rend sa décision (**Règle 79**).

17. Une ordonnance **d'Évaluation des frais** sera émise dans les **60 à 85 jours** qui suivent la date de la conclusion de l'audience écrite ou verbale traitant de la question des frais.

COMMENT FAIRE POUR OBTENIR D'AUTRES RENSEIGNEMENTS?

Pour obtenir d'autres renseignements, vous pouvez avoir recours au service de renseignements téléphoniques enregistrés du Groupe de règlement des différends en composant le (416) 250-6714 ou le 1 800 517-2332 (sans frais), ou encore, vous pouvez visiter le site Web de la CSFO à l'adresse **<www.fsco.gov.on.ca>**.

SECTION A – RÈGLES DE PROCÉDURE

PARTIE 1

Règles générales relatives au règlement des différends

1. Interprétation ..... A 1-1
2. Directives ..... A 1-1
3. Notes pratiques ..... A 1-2
4. Définitions ..... A 1-2
5. Services et documents du Groupe de règlement des différends ..... A 1-4
6. Dépôt ..... A 1-5
7. Signification de documents ..... A 1-5
8. Calcul des délais ..... A 1-7
9. Représentation ..... A 1-7
10. Partie incapable ..... A 1-9
11. Délais de médiation, d'évaluation neutre ou d'arbitrage ..... A 1-10

PARTIE 2

Médiation

12. Demande de médiation ..... A 2-1
13. Désignation d'un médiateur ..... A 2-2
14. Réponse à une demande de médiation ..... A 2-2
15. Fusionnement des demandes et ajout de nouvelles questions en litige ..... A 2-3
16. Procédure de médiation ..... A 2-3
17. Participation à la médiation ..... A 2-4
18. Caractère confidentiel de la médiation ..... A 2-4
19. Délais de la procédure de médiation ..... A 2-5
20. Règlement d'une question en litige ..... A 2-5

21. Échec de la médiation ..... A 2-5

22. Rapport du médiateur ..... A 2-6

23. Modification du rapport du médiateur ..... A 2-7

24. Renvoi pour évaluation neutre ..... A 2-7

PARTIE 3

Arbitrage et évaluation neutre auprès de la Commission

25. Demande d'arbitrage ..... A 3-1

26. Options dont l'assureur peut se prévaloir, y compris l'évaluation neutre auprès de la Commission ..... A 3-2

27. Réponse de l'assureur ..... A 3-3

28. Désignation d'un arbitre ..... A 3-4

29. Contre-réponse de l'auteur(e) de la demande d'arbitrage ..... A 3-4

30. Fusionnement des demandes ..... A 3-4

31. Séparation des questions en litige ..... A 3-5

32. Échange de documents avant la conférence préparatoire ..... A 3-5

33. Conférence préparatoire ..... A 3-6

34. Défaut d'observation des règles ..... A 3-7

35. Conférence en vue de règlement avant la date de l'audience ..... A 3-8

36. Confidentialité des conférences en vue de règlement ..... A 3-8

37. Audiences ..... A 3-8

38. Délais s'appliquant aux audiences écrites ..... A 3-9

39. La preuve ..... A 3-10

40. La preuve obtenue par surveillance ..... A 3-11

41. Témoins ..... A 3-11

42. Témoins experts ..... A 3-12

43. Reprise de l'audience ..... A 3-12

44. Évaluation neutre auprès de la Commission ..... A 3-12

45. Sommaire de cas pour l'évaluation neutre ..... A 3-13
46. Fin de l'évaluation neutre ..... A 3-14
47. Opinion de l'évaluateur neutre ..... A 3-14
48. Rapport de l'évaluateur neutre ..... A 3-14
49. Renvoi pour arbitrage après une évaluation neutre ..... A 3-15

PARTIE 4

Appel d'une ordonnance d'arbitrage

50. Appel ..... A 4-1
51. Commencement de la procédure d'appel ..... A 4-1
52. Délais d'un appel ..... A 4-2
53. Réponse à l'appel ..... A 4-2
54. Arguments écrits ..... A 4-2
55. Appel de l'intimé (« Appel incident ») ..... A 4-3
56. Procédure d'appel ..... A 4-3
57. Conférence préliminaire ..... A 4-4
58. Non-participation ..... A 4-4
59. Interventions ..... A 4-4
60. Procédure d'intervention ..... A 4-5

PARTIE 5

Modification ou révocation d'une ordonnance

61. Demande de modification/révocation ..... A 5-1
62. Réponse à une demande de modification/révocation ..... A 5-2
63. Procédure de modification/révocation ..... A 5-2

PARTIE 6

Procédure générale d'audience

64. Application de la présente partie ..... A 6-1

65. Ordonnances ..... A 6-1

66. Exécution des ordonnances par un tribunal judiciaire ..... A 6-1

67. Ordonnances rendues en cours d'instance : motions ..... A 6-2

68. Rejet de l'instance sans audience ..... A 6-3

69. Règlement ..... A 6-4

70. Désistement ..... A 6-4

71. Incapacité de l'arbitre de mener une audience à terme ..... A 6-5

72. Ajournements ..... A 6-5

73. Assignation de témoin ..... A 6-6

74. Transcriptions ..... A 6-7

75. Adjudication des frais ..... A 6-8

76. Offre de règlement ..... A 6-8

77. Communication d'une offre de règlement ou d'une réponse à une offre de règlement ..... A 6-9

78. Frais de représentant ..... A 6-10

79. Évaluation des dépenses ..... A 6-10

80. Questions relatives à la Constitution et/ou à la Charte des droits et libertés ..... A 6-11

81. Renonciation aux règles de procédure ..... A 6-12

82. Témoignage et instances civiles ..... A 6-12

PARTIE 1 – RÈGLES GÉNÉRALES RELATIVES AU RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

1. INTERPRÉTATION

1.1 Ces Règles seront interprétées largement afin d'effectuer le règlement du différend qui est le plus équitable, le plus rapide et le moins coûteux.

1.2 Dans les situations non prévues par ces règles, on peut adopter une procédure qui se conforme aux règles similaires du **Code**.

1.3 Un vice de forme ou autre défaut technique de procédure n'invalide pas une instance.

1.4 Les présentes règles sont établies par le directeur en vertu de l'article 21 de la *Loi sur les assurances* et de l'article 25.1 de la Loi sur *l'exercice des compétences légales*.

1.5 Sous réserve des dispositions des deux lois précitées, le directeur peut modifier en tout temps les présentes règles, s'il le juge approprié.

1.6 (a) Les présentes règles s'appliquent à partir du 31 mai 2001 à toutes les demandes de règlement des différends peu importe quand elles ont été commencées.

(b) Malgré **Règle 1.6 (a)**, les présentes règles ne s'appliquent pas à une procédure d'arbitrage dans laquelle une conférence préparatoire a été tenue avant le 31 mai 2001 à moins que les parties consentent à ce que ces règles s'appliquent ou qu'un arbitre émette une ordonnance indiquant que ces règles s'appliquent à l'instance.

2. DIRECTIVES

2.1 La surintendante des services financiers, et auparavant le commissaire des assurances, peut publier des directives pour interpréter *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales*. Ces directives figurent à la **Section B** du **Code**.

2.2 Il convient de tenir compte de ces directives pour interpréter *l'Annexe sur les indemnités d'accidents légales*.

3. NOTES PRATIQUES

3.1 Le Groupe de règlement des différends de la Commission peut publier des *Notes pratiques* sur les lignes directrices et les pratiques administratives. On trouvera ces *Notes pratiques* à la **Section C** du **Code**.

3.2 Les *Notes pratiques* visent à guider les utilisateurs du processus de règlement des différends à la Commission. Cependant elles ne sont pas exécutoires et n'influent pas sur le devoir du décideur de prendre des décisions selon les circonstances et le fond du litige.

4. DÉFINITIONS

4.1 Les définitions qui suivent s'appliquent aux présentes Règles :

« **appel** » : une procédure d'appel conformément à l'article 283 de la *Loi sur les assurances;*

« **arbitrage** » : une procédure d'arbitrage conformément à l'article 282 de la *Loi sur les assurances;*

« **arbitrage privé** » : une procédure d'arbitrage en vertu de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage;*

« **arbitre** » : la personne désignée par le directeur aux termes de l'article 282 de la *Loi sur les assurances*;

« **audience** » : l'occasion de présenter sa cause devant un décideur dans le contexte d'une audience verbale, écrite ou électronique;

« **audience écrite** » : une audience tenue au moyen de l'échange de documents, soit écrits, soit par voie électronique, et de leur dépôt;

« **audience électronique** » : une audience tenue par conférence téléphonique ou par d'autres moyens électroniques de communication orale entre plusieurs personnes;

« **audience orale** » : une audience à laquelle les parties assistent en présence d'un décideur;

« **Commission**» : la Commission des services financiers de l'Ontario;

« **décideur** » : le directeur ou la personne désignée par le directeur aux terms de la *Loi sur les assurances* et de ces Règles pour tenir une instance dans l'exercise de la compétence légale de décision;

« **déposer** » : le dépôt auprès du Groupe de règlement des différends;

« **directeur** » : le directeur des arbitrages nommé aux termes de l'article 6 de la *Loi sur les assurances* ou toute personne employée par la Commission à laquelle le directeur délègue ses pouvoirs et obligations;

« **document** » : comprend les documents écrits, les formulaires, les rapports, les tableaux, les films, les photographies, les transcriptions, les bandes vidéo, les bandes sonores, les fichiers de commerce et les fichiers informatiques;

« **évaluateur neutre** » : une personne désignée par le directeur aux termes de l'article 280.1 de la *Loi sur les assurances*;

« **évaluateur neutre privé** » : une personne désignée par le directeur aux termes de l'article 280.1 de la *Loi sur les assurances* pour donner son opinion quant à l'issue probable d'un différend, mais qui n'est pas la personne désignée pour réaliser l'évaluation auprès du Groupe de règlement des différends en vertu de la **Règle 44** du **Code**;

« **évaluation neutre** » : une évaluation aux termes de l'article 280.1 de la *Loi sur les assurances* quant à l'issue probable d'une instance portée en arbitrage ou devant un tribunal judiciaire;

« **Groupe de règlement des différends** » : le Groupe de règlement des différends de la Commission;

« **indemnités d'accident** » : les indemnités prévues dans *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales*;

« **instance** » : une question qui appelle l'exercice de la compétence légale de décision conférée par une loi;

« **médiateur** » : un médiateur désignée par le directeur aux termes de l'article 280 de la *Loi sur les assurances*;

« **registrateur** » : le Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends;

« **réunion de médiation** » : réunion fixée à l'avance à laquelle les parties et leurs représentants comparaissent devant un médiateur, soit en personne ou par conférence téléphonique, soit par d'autres moyens électroniques de communication orale entre plusieurs personnes;

« **signification** » : la remise d'un document à une personne de la manière autorisée par ces Règles.

« **Annexe sur les indemnités d'accident légales** »:

(a) *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales -Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date*, pour les accidents survenus après le 31 octobre 1996;

(b) *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus après le 31 décembre 1993 et avant le 1er novembre 1996*, pour les accidents survenus le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996, inclusivement;

(c) *l'Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus avant le 1er janvier 1994*, pour les accidents survenus le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993, inclusivement.

5. SERVICES ET DOCUMENTS DU GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

5.1 Toute personne a le droit de communiquer avec le Groupe de règlement des différends en français et de recevoir les services offerts par celle-ci dans cette langue, conformément à la *Loi sur les services en français*.

5.2 Les services en français lors d'une médiation, d'un arbitrage, d'une évaluation neutre, d'une modification/révocation et d'un appel sont offerts si la personne assurée en fait la demande.

5.3 Dans le cadre d'une médiation, la personne qui demande des services d'interprétation dans une langue autre que le français ou l'anglais doit prendre elle-même les dispositions nécessaires pour obtenir ces services. Il incombe à la personne qui prend les dispositions nécessaires pour obtenir ces services d'interprétation de payer les coûts.

5.4 Dans le cadre d'un arbitrage, d'une modification/révocation ou d'un appel, le Groupe de règlement des différends se chargera de prendre les dispositions nécessaires pour obtenir des services d'interprétation dans une langue autre que le français et l'anglais si la personne assurée en fait la demande et si le décideur l'ordonne. Le Groupe de règlement des différends paiera les coûts des services d'interprétation requis lors d'une audience.

5.5 Lors de la prestation des services d'interprétation, l'interprète doit jurer ou affirmer solennellement que les éléments de preuve seront traduits avec fidélité et impartialité.

5.6 Le Groupe de règlement des différends peut publier des lettres directives, des avis et autres documents signés par le directeur.

5.7 Lorsque les présentes Règles exigent que le Groupe de règlement de différends remette un document, la remise sera réputée avoir eu lieu lorsque :

(a) on a eu recours à l'un des modes de remise autorisés aux termes de la **Règle 7**; et

(b) le document est acheminé à la dernière adresse de la partie qui figure dans les dossiers du Groupe de règlement des différends.

6. DÉPÔT

6.1 Lorsque ces Règles prévoient le dépôt d'un document :

(a) le document doit être remis au Groupe de règlement des différends;

(b) on doit avoir recours à l'un des modes de remise autorisés aux termes de la **Règle 7**; et

(c) on doit respecter les délais prescrits à la **Règle 7**.

7. SIGNIFICATION DE DOCUMENTS

7.1 Un document peut être signifié :

(a) en mains propres;

(b) par la poste ordinaire, recommandée ou certifiée;

(c) par messagerie, y compris par poste prioritaire;

(d) par télécopieur;

(e) par service de distribution de documents, lorsque le destinataire souscrit à un tel service;

(f) par transmission électronique;

(g) par toute autre manière précisée par le directeur.

7.2 Tout document signifié par télécopieur ou par transmission électronique doit comprendre une page d'envoi indiquant :

(a) le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse électronique (s'il y a lieu) de l'expéditeur(trice);

(b) le nom de la personne à laquelle il s'adresse;

(c) la date et l'heure auxquelles le document est envoyé;

(d) le nombre total de pages envoyées, page d'envoi comprise;

(e) le nom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique (s'il y a lieu) d'une personne à contacter en cas de problème.

7.3 Les documents sont considérés comme signifiés par une partie, ou remis par le Groupe de règlement des différends lorsqu'ils sont livrés dans les délais suivants :

(a) tout document remis en mains propres est réputé être signifié le jour même de la livraison;

(b) tout document livré par la poste ordinaire, recommandée ou certifiée est réputé être signifié le cinquième jour après la date à laquelle le bureau de poste appose son cachet d'oblitération;

(c) tout document livré par messagerie, y compris par poste prioritaire, est réputé être signifié à la date de réception ou le surlendemain de la journée où l'expéditeur remet le document au service de messagerie, selon ce qui se produit en premier;

(d) tout document transmis par télécopieur ou par transmission électronique est réputé être signifié le jour même de l'envoi du document;

(e) tout document remis par service de distribution à une personne qui souscrit à un tel service est réputé être signifié le lendemain du dépôt, à condition que le document soit estampillé en présence du dépositaire du document;

(f) tout le document livré par d'autres moyens selon les directives du directeur, est réputé être signifié aux délais présisés par le directeur.

8. CALCUL DES DÉLAIS

8.1 Dans le cadre de ces règles ou d'une ordonnance, le calcul des délais s'effectue comme suit :

(a) lorsqu'on mentionne un certain nombre de jours entre deux faits, on compte cet intervalle en omettant le jour où se produit le premier fait et en retenant le jour où se produit le deuxième fait;

(b) lorsque l'échéance fixée pour exécuter une action donnée dans le cadre de ces Règles tombe un samedi, un dimanche ou un jour férié, on peut exécuter cette action le jour qui suit, autre qu'un samedi, un dimanche ou un jour férié;

(c) tout document déposé ou signifié **après 16 h 45** ou un samedi, un dimanche ou un jour férié est réputé être reçu le lendemain, les samedi, dimanche et jours fériés étant exclus.

9. REPRÉSENTATION

9.1 Une partie peut agir en son nom ou désigner une autre personne pour la représenter.

(a) Une partie doit présenter au Groupe de règlement des différends ses nom, adresse, numéro de téléphone, et adresse électronique (s'il y a lieu) et, s'il s'agit d'une personne représentée, les nom, adresse, numéro de téléphone et adresse électronique (s'il y a lieu) de son représentant;

(b) Les parties et leurs représentants doivent informer, par écrit, le Groupe de règlement des différends de tout changement d'adresse, de numéro de téléphone et d'adresse électronique (s'il y a lieu). Le Groupe de règlement des différends est en droit de se fier à l'adresse, au numéro de téléphone et à l'adresse électronique (s'il y a lieu) les plus récents qui figurent dans ses dossiers.

9.2 Sous réserve de la **Règle 9.3**, une partie qui désigne un représentant doit donner à cette personne son autorité de discuter de toutes les questions en instance, de négocier et de conclure un accord, ou encore de régler toute question en instance. Le Groupe de règlement des différends peut exiger que la partie confirme par écrit avoir conféré cette autorité au représentant.

9.3 Lorsque le représentant d'un assureur n'est pas entièrement habilité à conclure un accord ou à régler le différend, un agent de la compagnie ayant l'autorité entière doit participer ou être disponible par téléphone pendant toute la durée de la médiation, des conférences en vue de règlement ou de toute autre instance.

9.4 Le registrateur ou un médiateur, évaluateur neutre ou décideur, le cas échéant, peut, selon les termes qui lui semblent justes, ajourner une médiation, une évaluation neutre ou une instance si une partie n'est pas présente et si son représentant n'a pas l'autorité nécessaire énoncée aux paragraphes 9.2 et 9.3.

9.5 Si une partie change de représentant(e), elle doit informer immédiatement, par écrit, le (la) représentant(e) précédent(e), les autres parties et le Groupe de règlement des différends du nom, de l'adresse, du numéro de téléphone et de l'adresse électronique (s'il y a lieu) du (de la) nouveau(elle) représentant(e). Le(a) nouveau(elle) représentant(e) doit également confirmer sa désignation par écrit. Le Groupe de règlement des différends est en droit de se fier à sa dernière communication écrite pour ce qui est de l'adresse, le numéro de téléphone et de l'adresse électronique (s'il y a lieu) du (de la) représentant(e) d'une partie.

9.6 Une partie représentée qui souhaite agir en son propre nom doit aviser par écrit le (la) représentant(e), les autres parties et le Groupe de règlement des différends de sa décision d'agir en son propre nom.

9.7 Un(e) représentant(e) qui souhaite se retirer d'une instance doit :

(a) présenter au Groupe de règlement des différends et à toutes les parties d'une instance, une demande à cette effet par écrit, citant les motifs;

(b) fournir les derniers adresse, numéro de téléphone et adresse électronique (s'il y a lieu) connus de la partie représentée.

9.8 Si la partie représentée consent au retrait du (de la) représentant(e) et qu'elle fournit un avis écrit à cet effet, le registrateur ou un décideur peut autoriser le (la) représentant(e) à se retirer. Sinon, un décideur peut autoriser le (la) représentant(e) à se retirer sous réserve des conditions que le décideur juge équitables.

9.9 Le décideur peut exclure de l'instance quiconque y assistant à titre de représentant(e) d'une partie ou de conseiller(ère) d'un témoin, s'il juge que cette personne n'a pas la compétence nécessaire pour représenter ou conseiller la partie ou le témoin ou si cette personne ne comprend pas les présentes Règles ou ne se conforme pas aux présentes Règles et aux devoirs d'un(e) représentant(e), agent(e) ou conseiller (conseillère). Cette **Règle** ne s'applique pas à un(une) avocat(e) dûment qualifié(e).

10. PARTIE INCAPABLE

10.1 Sous réserve de la **Règle 10.2**, une partie à une médiation, conférence en vue de règlement, évaluation neutre ou procédure est présumée avoir la capacité mentale de gérer ses biens, de désigner et renseigner un représentant et d'entreprendre l'instance en son propre nom.

10.2 Un mineur ou une personne déclarée un incapable mental conformément aux dispositions de l'**Article 6 ou 45** de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, doit intenter une médiation ou quelque autre instance par l'entremise :

(a) du Tuteur et curateur public ou d'un tuteur aux biens désigné par un tribunal judiciaire aux termes de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*; ou

(b) d'un représentant désigné aux termes d'une procuration valable et continue lui conférant le contrôle de tous les biens de la partie; ou

(c) dans le cas d'un mineur,

i) d'un parent avec lequel le mineur habite;
ii) d'une personne qui a la garde légale du mineur;
iii) d'un tuteur des biens du mineur désigné par un tribunal judiciaire aux termes de la *Loi portant réforme du droit de l'enfance*; ou
iv) de l'avocat des enfants, au cas où aucune personne n'est prévue aux termes des sous-dispositions i), ii) ou iii) est désignée, ou il existe un conflit d'intérêts entre cette personne et le mineur.

10.3 Lorsqu'une partie adulte n'est pas un incapable mental aux termes de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, mais donne des signes d'incapacité mentale au cours de la médiation, de la conférence en vue de règlement, de l'évaluation neutre ou de l'instance, l'une ou l'autre des parties peut demander une audience sur une question préliminaire, ou le décideur ou le registrateur peut ordonner une audience sur une question préliminaire afin de déterminer si :

(a) la partie possède la capacité mentale requise pour participer au processus de règlement de différends;

(b) il existe un(e) représentant(e) détenant une procuration valable et continue lui conférant le contrôle de tous les biens de la partie; ou

(c) il existe une personne, notamment un conjoint, partenaire du même sexe, proche parent ou proche ami(e), ou encore une personne professionnelle, tel un médecin, avocat ou une entreprise, telle une compagnie de fiducie, qui a pris ou prévoit prendre les dispositions nécessaires pour désigner un tuteur aux biens de la partie conformément aux provisions de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.

10.4 Les parties recevront un avis écrit de l'audience sur une question préliminaire visant à déterminer si la partie a la capacité mentale requise pour participer au processus de règlement de différends.

10.5 Lorsqu'un décideur n'est pas convaincu qu'une partie a la capacité mentale requise pour entreprendre le processus de règlement des différends et qu'aucun(e) représentant(e) ou personne à été désigné(e) conformément à la **Règle 10.3(b) et (c)** susmentionnée, le décideur peut désigné un conjoint, partenaire du même sexe ou proche parent de la partie, qui agira au nom de la partie, si, selon l'avis du décideur, la personne désignée est appropriée, capable et disposée à entreprendre et le processus de règlement de différends, ainsi que de recevoir et gérer les indemnités d'accidents légales au nom de la partie qui a donné des signes d'incapacité mentale. Aux termes de la présente section, le décideur peut imposer des conditions ou des restrictions qu'il juge raisonnables ou nécessaires pour protéger les intérêts de la personne donnant des signes d'incapacité mentale, des autres parties en instance et du processus de règlement des différends.

10.6 Lorsqu'aucune personne telle que décrite à la **Règle 10.2, 10.3 ou 10.5** ne peut agir, le décideur peut demander au Tuteur et curateur public de prendre les démarches qui s'imposent conformément aux provisions de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.

10.7 Le représentant d'un incapable aux termes de la **Règle 10.2**, ou le représentant d'une partie incapable d'entreprendre le processus de règlement de différends aux termes de la **Règle 10.5**, devra respecter les exigences en matière de règlement aux termes de la Règle 7.08 des *Règles de procédure civile*.

11. Délais de médiation, d'évaluation neutre ou d'arbitrage

11.1 Une demande de médiation, d'évaluation neutre ou d'arbitrage doit être déposée dans les **deux ans** suivant la date à laquelle l'assureur a indiqué par écrit son refus de verser le montant réclamé.

11.2 Malgré la **Règle 11.1**, toute personne assurée peut déposer une ***Demande d'arbitrage*** dûment remplie dans les **90 jours** suivant la remise du ***Rapport du médiateur*** aux parties ou dans les 30 jours qui suivent la remise du ***Rapport de l'évaluateur neutre*** aux parties par l'évaluateur neutre désigné par le directeur, selon ce qui se produit en dernier.

11.3 Le délai de prescription n'est pas prolongé lorsqu'une modification au ***Rapport du médiateur*** est émise aux termes de la **Règle 23**.

12. DEMANDE DE MÉDIATION

12.1 Toute personne assurée ou tout assureur peut déposer une demande de médiation relative à un différend sur le droit de la personne assurée de recevoir des indemnités d'accident ou sur le montant des indemnités auquel elle a droit lorsqu'une demande a été rejetée ou lorsque le délai prescrit pendant lequel l'assureur doit répondre à la demande est écoulé.

12.2 L'auteur(e) de la demande de médiation doit déposer, en duplicata, une ***Demande de médiation*** **(Formulaire A)**, dûment remplie, laquelle doit comprendre :

(a) un exposé de chaque question en litige;

(b) une liste des documents que l'auteur(e) de la demande compte présenter dans le cadre de la médiation;

(c) une liste des documents existants que l'auteur(e) de la demande désire obtenir d'autres sources, y compris de l'autre partie, lesquels sont nécessaires aux fins des discussions relatives au règlement des différends; et

(d) lorsque l'auteur(e) de la demande est l'assureur, le nom, l'adresse et les numéros de téléphone et de télécopieur ainsi que l'adresse électronique (s'il y a lieu) du représentant autorisé de la compagnie.

L'auteur(e) de la demande devrait déposer un exemplaire de la lettre de l'assureur, expliquant le refus ou le formulaire **Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance**, si un exemplaire de cette lettre est disponible.

> Pour de plus amples directives sur l'échange de documents entre les parties, voir la **Note pratique n° 4** à la **Section C** du **Code**.

12.3 Si la ***Demande de médiation*** semble incomplète, a été reçue après que le délai prescrit pour entamer l'instance ne se soit écoulé ou si elle ne relève pas de la compétence du processus de règlement des différends en vertu de la *Loi* et de ses règlements, ou constitue une procédure frivole, vexatoire ou abusive, le Groupe de règlement des différends :

(a) informera par écrit l'auteur(e) de la demande et son représentant des problèmes de compétence ou des lacunes de la ***Demande***; et

(b) tiendra la ***Demande*** en suspens pendant **20 jours** à partir de la date de délivrance de l'avis.

12.4 Si l'auteur(e) de la demande ne répond pas aux problèmes de compétence ou ne comble pas les lacunes décrits dans l'avis écrit dans les **20 jours** prévus par la **Règle 12.3(b)**, le Groupe de règlement de différends peut rejeter la ***Demande***.

12.5 Il est interdit à une partie de présenter une nouvelle demande de médiation à l'égard différend qui a déjà fait l'objet d'une médiation.

13. DÉSIGNATION D'UN MÉDIATEUR

13.1 Une fois la ***Demande de médiation*** dûment remplie reçue :

(a) le Groupe de règlement des différends fait parvenir à l'autre partie un exemplaire de la ***Demande*** dûment remplie et une ***Réponse à une demande de médiation*** **(FORMULAIRE B)**; et

(b) un médiateur est promptement désigné.

14. RÉPONSE À UNE DEMANDE DE MÉDIATION

14.1 La partie qui répond à la ***Demande de médiation*** doit, dans les 10 jours suivant la réception de la ***Demande***, déposer une ***Réponse à une Demande de médiation*** **(FORMULAIRE B)**, dûment remplie, laquelle doit :

(a) répondre à chaque question soulevée dans la ***Demande***;

(b) comprendre les détails concernant les autres questions pouvant faire l'objet de la médiation;

(c) lorsque la partie intimée est l'assureur, comprendre un exemplaire de la lettre explicative de l'assureur ou du formulaire ***Explication des indemnités versées par la compagnie d'assurance***, si ces documents n'ont pas été déposés avec la ***Demande***.

(d) comprendre la liste des documents que la partie intimée compte présenter dans le cadre de la médiation;

(e) comprendre la liste des documents que la partie intimée désire obtenir d'autres sources, y compris l'autre partie, lesquels sont nécessaires aux fins des discussions relatives au règlement des différends; et

(f) lorsque la partie intimée est représentée, comprendre le nom, l'adresse, les numéros de téléphone et de télécopieur et l'adresse électronique (s'il y a lieu) du représentant.

14.2 Le Groupe de règlement des différends peut rejeter une ***Réponse*** incomplète ce qui peut causer un délai ou l'échec de la médiation.

14.3 La partie intimée doit remettre la ***Réponse*** dûment remplie à toutes les autres parties au litige.

15. Fusionnement des demandes et ajout de nouvelles questions en litige

15.1 Lorsque plusieurs ***Demandes de médiation*** mettant en cause les mêmes parties ou le même accident sont déposées, le Groupe de règlement des différends peut :

(a) fusionner les ***Demandes***;

(b) fixer les réunions de médiation l'une à la suite de l'autre;

(c) moyennant le consentement de toutes les parties, tenir les réunions de médiation en présence de toutes les parties.

15.2 Lorsque l'une ou l'autre des parties souhaite ajouter une question à la médiation, elle doit fournir une demande écrite faisant état de la nouvelle question en litige au médiateur et à l'autre partie au moins **10 jours** avant la date prévue pour la réunion de médiation. Par la suite, des questions en litige peuvent être ajoutées moyennant le consentement de toutes les parties.

16. Procédure de médiation

16.1 La procédure de médiation peut se dérouler en présence du médiateur et des personnes en cause par téléphone ou par tout autre moyen que le médiateur considère approprié.

16.2 Au moins **10 jours** avant la réunion de médiation, les parties échangent et remettent au médiateur dûment désigné les principaux documents qu'elles comptent présenter lors des discussions visant le règlement de toute question en litige.

> Voir la **Note pratique n° 4** « Échange de documents » à la **Section C du Code**.

16.3 Le médiateur étudie les questions en litige, lesquelles sont identifiées sur la ***Demande de médiation*** ou sur la ***Réponse à une Demande de médiation*** ou au moyen d'une demande écrite aux termes de la **Règle 15.2**, et aide les parties à en régler le plus grand nombre possible.

17. Participation à la médiation

17.1 Les parties à la médiation et leurs représentants (le cas échéant) sont tenus de participer de bonne foi à la procédure de médiation et doivent en outre fournir tous les documents pertinents dans les délais prescrits dans les présentes Règles.

17.2 La désignation d'un(e) représentant(e) ne dispense pas la partie de son devoir de participation à la médiation, soit en personne, soit par téléphone ou par un autre moyen électronique, et de donner des directives à tout représentant relativement à une question en litige ou à une offre de règlement.

17.3 Lorsqu'une partie ne respecte pas les Règles 17.1 et 17.2, le médiateur peut :

a) mettre fin à la médiation selon les conditions qu'il considère appropriées; ou

b) annoncer aux parties que la médiation n'a pas eu lieu.

18. CARACTÈRE CONFIDENTIEL DE LA MÉDIATION

18.1 Les déclarations et les offres de règlement, autres que celles que contient le ***Rapport du médiateur***, sont faites dans le but de faciliter le règlement du différend et ne compromettent pas la position que l'une ou l'autre partie désire prendre par la suite lors d'une procédure d'arbitrage ou d'une poursuite devant un tribunal judiciaire.

18.2 Un médiateur ne peut pas être tenu de témoigner ou de remettre ses notes ou autres documents dans les instances civiles ou les instances devant une commission ou devant un tribunal administratif en ce qui concerne la médiation ou les renseignements obtenus dans le cadre de l'exercice de ses fonctions aux termes des présentes Règles.

18.3 Lorsque l'une des parties fournit des informations en confidence au médiateur, celui-ci ne peut les divulguer sans l'autorisation de la partie qui les lui a adressées, à moins que la loi ne l'y contraigne.

18.4 Lorsque l'une des parties fournit des documents confidentiels au médiateur, celui-ci doit les remettre à la partie qui les lui adressés. De tels documents ne font pas partie du dossier de médiation.

18.5 Le Groupe de règlement des différends ne communique pas l'information contenue dans le dossier de médiation à un évaluateur neutre ou à un décideur, à l'exception du ***Rapport du médiateur***.

19. DÉLAIS DE LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

19.1 Sous réserve de la **Règle 19.2**, la médiation doit se terminer dans les **60 jours** qui suivent le dépôt d'une ***Demande de médiation***, remplie conformément aux exigences de la **Règle 12**.

19.2 Sous réserve de la **Règle 21.1(a)**, les parties peuvent décider de prolonger ce délai de **60 jours**.

19.3 Dans le cas où les parties ont décidé de prolonger la période impartie pour la médiation, elles doivent :

(a) consulter le médiateur; et

(b) confirmer par écrit au médiateur les dates de la période de prolongation sur lesquelles elles se sont entendues.

20. RÈGLEMENT D'UNE QUESTION EN LITIGE

20.1 Dans le cas où les parties règlent une question en litige de leur propre chef dans le cadre de la procédure de médiation, elles doivent confirmer au médiateur les modalités de ce règlement.

20.2 Toute entente des parties est assujettie aux dispositions légales applicables, y compris celles qui régissent la résolution finale des différends.

Voir la **Section E** du **Code** « **Règlement relatif au règlement des différends** »

21. ÉCHEC DE LA MÉDIATION

21.1 La médiation relative à une question particulière a échoué lorsque :

(a) le médiateur considère que la médiation échouera et en informe les parties;

(b) la période, même prolongée, impartie pour la médiation a expiré et aucun règlement n'a été atteint.

21.2 Lorsque la médiation relative à une question ou à des questions en litige échoue, l'assureur doit faire connaître ses dernières offres sur la ou les question(s) encore en litige.

21.3 Ni l'une ni l'autre des parties ne peut intenter une poursuite devant un tribunal judiciaire, renvoyer les questions en litige devant un arbitre ou soumettre un différend à l'arbitrage privé à moins que la médiation ait eu lieu et ait échoué.

22. RAPPORT DU MÉDIATEUR

22.1 Le médiateur consigne les données suivantes dans le ***Rapport du médiateur*** :

(a) sa description des questions en litige;

(b) les modalités de règlement des questions, qui ont été reglées;

(c) la teneur de la dernière offre de l'assureur sur les questions encore en litige;

(d) les mesures que les parties consentent à adopter pour résoudre les questions encore en litige;

(e) la liste des documents demandés par les parties qui n'ont pas été produits et que le médiateur considère nécessaires pour le règlement des questions encore en litige; et

(f) la recommandation du médiateur de renvoyer ou non les questions encore en litige pour évaluation neutre.

22.2 Le Groupe de règlement des différends remet un exemplaire du ***Rapport du médiateur*** aux parties, à la personne désignée par le directeur pour effectuer l'évaluation neutre et à l'arbitre désigné par le directeur.

23. Modification du rapport du médiateur

23.1 Lorsque l'une des parties estime que le ***Rapport du médiateur*** ne reflète pas l'issue de la médiation, elle doit en aviser par écrit le médiateur et les autres parties en exposant ses raisons, dans les **10 jours** qui suivent la réception du ***Rapport***.

23.2 Après avoir étudié les raisons et les commentaires des parties, le médiateur peut, s'il le considère approprié, émettre une modification au ***Rapport du médiateur***.

23.3 Le Groupe de règlement des différends remet un exemplaire de la modification au ***Rapport du médiateur*** aux parties, à la personne désignée par le directeur pour effectuer l'évaluation neutre et à un arbitre désigné par le directeur.

24. Renvoi pour évaluation neutre

24.1 Advenant l'échec de la médiation sur l'une ou l'autre des questions en litige, les parties conjointement ou le médiateur qui a mené la médiation peuvent, afin de promouvoir le règlement des questions en litige, les soumettre à une personne désignée par le directeur pour évaluer l'issue probable d'un arbitrage ou d'une instance devant un tribunal judiciaire.

24.2 Lorsque le médiateur ou les parties renvoient conjointement les différends pour évaluation neutre, les parties peuvent :

(a) retenir conjointement les services d'un évaluateur neutre privé désigné par le directeur; ou

Voir la **Note Pratique n° 5** « Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre » à la **Section C** du **Code**.

(b) si une ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** a été déposée, demander conjointement une évaluation neutre auprès de la Commission conformément aux Règles énoncées à la **PARTIE 3, ARBITRAGE ET ÉVALUATION NEUTRE AUPRÈS DE LA COMMISSION.**

Voir **Note pratique n° 6** « Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario » à la **Section C** du **Code**.

24.3 Le directeur désignera sans tarder une personne chargée de mener une évaluation neutre privée conformément à la **Règle 24.2(a)** sur réception par écrit de l'information suivante :

(a) le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse électronique (s'il y a lieu) de la personne retenue conjointement par les parties;

(b) la confirmation que la personne en question a consenti à effectuer l'évaluation neutre aux frais des parties et conformément aux exigences de la *Loi sur les assurances*; et

(c) la confirmation du numéro du dossier de médiation applicable.

24.4 Lorsque les questions en litige sont renvoyées à une évaluation neutre, ni l'une ni l'autre des parties ne peut introduire d'instance devant un tribunal judiciaire ou engager de procédure d'arbitrage avant que le rapport de la personne qui a mené l'évaluation neutre n'ait été donné aux parties.

PARTIE 3 – ARBITRAGE ET ÉVALUATION NEUTRE AUPRÈS DE LA COMMISSION

25. DEMANDE D'ARBITRAGE

25.1 La personne assurée demandant l'arbitrage (l'« auteur(e) de la demande ») doit déposer une ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** dûment remplie, laquelle doit contenir :

(a) un exposé de chaque question qui fera l'objet de l'arbitrage pourvu que ces questions aient été soumises à la médiation et que celle-ci ait échoué;

(b) une explication des motifs pour lesquels tout document identifié dans le **Rapport du médiateur**, comme ayant fait l'objet d'une demande de la part de l'assureur ne lui a pas été remis;

(c) la liste de tous les principaux documents que l'auteur(e) de la demande a en sa possession et que celui ou celle-ci compte présenter dans le cadre de la procédure d'arbitrage;

(d) la liste de tous les principaux documents que l'auteur(e) de la demande compte obtenir d'autres sources, y compris les documents que l'auteur(e) de la demande a demandés de l'assureur, tels que les éléments de preuve obtenus par surveillance;

(e) les droits de dépôts indiqués à la **Section D** du **Code**; et

(f) une indication précisant si l'auteur(e) de la demande désire une audience orale, électronique ou écrite.

25.2 L'auteur(e) de la demande doit également :

(a) déposer un exemplaire du **Rapport du médiateur** relatif aux questions en litige; et

(b) déposer le **Rapport de l'évaluateur neutre privé** ou une confirmation que les parties en ont reçu un exemplaire, si une évaluation a été effectuée par un évaluateur neutre privé.

25.3 Sauf si une évaluation a été effectuée par un évaluateur neutre privé, la personne assurée peut demander une évaluation neutre auprès de la Commission dans la ***Demande d'arbitrage***. Une évaluation neutre auprès de la Commission sera menée conformément à la **Règle 44** et ce qui suit :

> Voir **Note pratique n° 6** « Évaluation neutre devant la Commission des services financiers de l'Ontario » à la **Section C** du **Code**.

25.4 Si la ***Demande d'arbitrage*** semble incomplète, si elle a été reçue après que le délai prescrit pour intenter l'instance ne se soit écoulé ou si elle ne relève pas de la compétence du processus de règlement des différends en vertu de la *Loi* et de ses règlements, ou constitue une procédure frivole, vexatoire ou abusive, le registrateur ou un arbitre :

(a) informera par écrit l'auteur(e) de la demande et son (sa) représentant(e) des problèmes de compétence ou des lacunes de la ***Demande***; et

(b) tiendra la ***Demande*** en suspens pendant **20 jours** à partir de la date de la délivrance de l'avis.

25.5 Si l'auteur(e) de la demande ne répond pas aux problèmes de compétence ou ne comble pas les lacunes décrits dans l'avis écrit dans les **20 jours** prévus aux termes de la **Règle 25.4(b)**, le registrateur ou un arbitre peut rejeter la ***Demande***.

25.6 Le registrateur remettra aux autres parties une copie de la ***Demande d'arbitrage*** dûment remplie.

26. OPTIONS DONT L'ASSUREUR PEUT SE PRÉVALOIR, Y COMPRIS L'ÉVALUATION NEUTRE AUPRÈS DE LA COMMISSION

26.1 L'assureur doit dans les **20 jours** suivant la réception de la ***Demande d'arbitrage*** répondre de **l'une** des façons suivantes :

(a) signifier et déposer une ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** **(Formulaire E)**, dûment remplie aux termes de la **Règle 27**, accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**; ou

(b) si la personne assurée a demandé une évaluation neutre auprès de la Commission, l'assureur doit déposer un ***Consentement à une évaluation neutre,*** **(FORMULAIRE D)**, par télécopieur; ou

(c) à moins qu'une évaluation neutre n'ait eu lieu, l'assureur peut demander une évaluation neutre auprès de la Commission en obtenant le consentement écrit de l'auteur(e) de la demande et en déposant un ***Consentement à une évaluation neutre*** **(FORMULAIRE D)**, par télécopieur.

26.2 Lorsque les parties, conjointement, choisissent une évaluation neutre auprès de la Commission, cette évaluation doit être réalisée conformément à la **Règle 44** et suivantes.

27. RÉPONSE DE L'ASSUREUR

27.1 Si les parties n'ont pas conjointement choisi l'évaluation neutre, la ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE E)** doit contenir :

(a) une réponse à chaque question soulevée dans la ***Demande d'arbitrage***;

(b) un exposé de toute autre question que l'assureur désire soumettre à l'arbitrage, pourvu que ces questions aient été soumises à la médiation et que celle-ci ait échoué;

(c) une explication des motifs pour lesquels un document identifié dans le **Rapport du médiateur** comme ayant fait l'objet d'une demande de la part de l'auteur de la demande, ne lui a pas été remis;

(d) la liste de tous les principaux documents que l'assureur a en sa possession et que celui-ci compte présenter dans le cadre de l'arbitrage, y compris les éléments de preuve obtenus par surveillance;

(e) la liste de tous les principaux documents que l'assureur compte obtenir d'autres sources, y compris les documents que l'assureur demande de l'auteur(e) de la demande; et

(f) une indication précisants si l'assureur désire une audience orale, électronique ou écrite.

27.2 S'il semble que la ***Réponse de l'assureur*** n'est pas complète, ou si elle ne relève pas de la compétence de la procédure de règlement des différends aux termes de la *Loi sur les assurances* et de ses règlements, le registrateur ou un arbitre :

(a) remettra un avis écrit à l'assureur et à son (sa) représentant(e) décrivant les problèmes de compétence ou les lacunes de la ***Réponse***; et

(b) tiendra la ***Réponse*** en suspens pendant **20 jours** à partir de la date où l'avis a été remis.

27.3 Si l'assureur ne répond pas aux problèmes de compétence ou ne comble pas les lacunes décrits dans l'avis écrit dans les **20 jours** prévus aux termes de la **Règle 27.2**, le registrateur ou un arbitre peut rejeter la ***Réponse*** et l'arbitrage se poursuivra comme s'il n'était pas contesté.

28. Désignation d'un arbitre

28.1 Si le directeur n'a pas désigné un évaluateur neutre privé aux termes de la **Règle 24.3** ou un évaluateur neutre à la Commission aux termes de la **Règle 44.1**, il désigne sans tarder un arbitre. Le directeur peut également désigner un arbitre qui mènera une conférence préparatoire ou d'autres procédures provisoires.

29. Contre-réponse de l'auteur(e) de la demande d'arbitrage

29.1 Dans les **10 jours** qui suivent la signification de la ***Réponse de l'assureur***, l'auteur(e) de la demande doit répondre à toute nouvelle question en litige soulevée :

(a) en signifiant une ***Contre-réponse de l'auteur de la Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE G)** à l'assureur et aux autres parties; et

(b) en déposant un exemplaire de la ***Contre-réponse***, accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

29.2 La ***Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage*** est facultative si aucune nouvelle question n'est soulevée dans la ***Réponse de l'assureur***.

30. FUSIONNEMENT DES DEMANDES

30.1 Lorsque plusieurs ***demandes d'arbitrage*** sont présentées à la Commission et il semble :

(a) qu'elles soulèvent une question commune de droit, de fait ou de politique; ou

(b) que l'application de la présente Règle représente la façon la plus équitable, la plus rapide et la plus économique de traiter les ***Demandes***;

Le registrateur ou un arbitre avisera les parties par écrit de son intention de :

(c) fusionner les instances;

(d) inscrire les instances de sorte que les audiences soient tenues simultanément;

(e) inscrire les instances de sorte que les audiences soient tenues l'une à la suite de l'autre par le même arbitre; ou

(f) suspendre les instances jusqu'a la determination règlement de l'une d'elles.

30.2 Lorsque l'une des parties s'oppose à un avis rendu en vertu de la **Règle 30.1**, elle doit déposer sans tarder auprès du Groupe de règlement des différends un document l'avisant de son objection et en fournir une copie aux autres parties.

30.3 Un arbitre étudiera une objection envisagée à la **Règle 30.1** et peut rendre une ordonnance aux conditions qu'il juge équitables.

31. SÉPARATION DES QUESTIONS EN LITIGE

31.1 Si le registrateur ou un arbitre le juge approprié ou si les parties y consentent et que l'arbitre approuve, le Groupe de règlement des différends avisera les parties par écrit que la ***Demande d'arbitrage*** **(FORMULAIRE C)** est séparée en questions distinctes qui feront les objets des audiences séparées.

31.2 Si une demande donne lieu à plus d'une ordonnance définitive, chaque ordonnance définitive est envisagée séparément aux fins de la procédure d'appel ou de modification/révocation.

31.3 Lorsque l'une des parties s'oppose à un avis rendu aux termes de la **Règle 31.1**, elle doit sans tarder aviser par écrit le Groupe de règlement des différends et les autres parties de son objection.

31.4 Un arbitre étudiera l'objection et peut rendre une ordonnance aux conditions qu'il juge équitables.

32. ÉCHANGE DE DOCUMENTS AVANT LA CONFÉRENCE PRÉPARATOIRE

32.1 Chaque partie doit, au moins **10 jours avant** la conférence préparatoire :

(a) échanger tous les documents indiqués dans la ***Demande d'arbitrage*** et la ***Réponse de l'assureur***, ou expliquer pourquoi un document n'a pas été fourni;

(b) fixer des délais raisonnables pour l'échange des documents restants;

(c) déposer les principaux documents dont l'arbitre responsable de la conférence préparatoire aura besoin afin de comprendre les questions en litige;

(d) déposer une liste des documents demandés qui n'ont pas été remis et indiquer les documents qui font l'objet d'un différend.

32.2 Sous réserve des délais fixés aux termes de la **Règle 39**, il incombe aux parties d'assurer en tout temps la distribution ponctuelle et complète des documents que l'on estime nécessaires pour trancher les questions portées en arbitrage, y compris les mises à jour apportées aux informations fournies et les documents additionnels obtenus.

32.3 Sous réserve de la **Règle 39**, l'arbitre peut, en tout temps, ordonner que les documents appropriés ou que les renseignements qu'il juge utiles afin de trancher des questions portées en arbitrage soient fournis, aux conditions qu'il juge appropriées.

33. CONFÉRENCE PRÉPARATOIRE

33.1 Une ou plusieurs conférences préparatoires peuvent avoir lieu en présence de l'arbitre, lequel tente de régler le différend et aide les parties à se préparer à l'arbitrage en :

(a) précisant les questions devant faire l'objet de l'arbitrage et obtenant l'accord des parties à ce sujet;

(b) obtenant l'accord des parties relativement aux faits;

(c) tranchant tout différend relatif à l'indentification et l'échange des documents, rendant des ordonnances et fixant les délais relatifs à l'échange de documents à venir;

(d) traitant des problèmes de procédure et des objections préliminaires ainsi que les demandes de recours provisoire ou de frais provisoires;

(e) identifiant les témoins experts et les témoins ordinaires qui seront appelés à comparaître à l'audience et en déterminant la durée de l'audience;

(f) fixant les dates de l'audience;

(g) déterminant le format sous lequel des mémoires ou un livre commun de documents doit être soumis à l'arbitre présidant l'audience; et

(h) traitant de tout autre sujet que l'arbitre juge approprié.

33.2 La conférence préparatoire peut avoir lieu en personne, par conférence téléphonique, à l'aide de moyens électroniques ou par tout autre moyen que l'arbitre juge appropriés.

33.3 Le Groupe de règlement des différends doit informer les parties de la date et du format de la conférence préparatoire en leur adressant un préavis raisonnable.

33.4 L'arbitre présidant la conférence préparatoire doit adresser par écrit aux parties une confirmation des résultats de la conférence préparatoire.

33.5 Un arbitre présidant une conférence préparatoire aux fins du règlement des questions en litige ne présidera pas l'audience à moins d'avoir reçu le consentement des parties.

34. DÉFAUT D'OBSERVATION DES RÈGLES

34.1 Si une partie ne respecte pas les échéances fixées par les présentes Règles ou par ordonnance ou accord, ou si une partie omet de produire les documents conformément à une ordonnance ou un accord, l'arbitre peut :

(a) ordonner à la partie de payer des frais (y compris les frais provisoires) ou refuser le remboursement des frais à la partie;

(b) exclure un document déposé;

(c) imposer un nouvel horaire que la partie doit respecter;

(d) tirer une conclusion défavorable contre la partie; et

(e) rendre toute ordonnance qu'il juge équitable.

34.2 L'une ou l'autre des parties peut demander par écrit la reprise de la conférence préparatoire lorsqu'une partie n'a pas respecté les délais fixés par les présentes Règles ou par ordonnance ou accord, ou omet de produire les documents conformément à une ordonnance ou accord.

34.3 Là où il est possible de le faire, le Groupe de règlement des différends tentera de prendre en compte la demande écrite d'une partie visant la reprise de la conférence préparatoire.

35. Conférence en vue de règlement avant la date de l'audience

35.1 L'une ou l'autre des parties peut communiquer avec le registrateur pour demander une conférence en vue de règlement.

35.2 La partie qui demande la conférence en vue de règlement doit confirmer le consentement de toutes les parties et fournir au registrateur des dates et des heures de la conférence qui sont acceptables à toutes les parties.

35.3 Le registrateur tentera de prendre en compte la demande conjointe des parties désirant une conférence en vue de règlement et peut désigner un médiateur ou un décideur qui aidera à régler les questions en litige.

35.4 Le registrateur ou l'arbitre peut également entamer une conférence en vue de règlement à condition que toutes les parties y consentent.

35.5 L'arbitre qui préside la conférence de règlement avant l'audience prévue ne présidera pas l'audience à moins que les parties y consentent.

36. Confidentialité des conférences en vue de règlement

36.1 Aucune déclaration visant à régler le différend ou aucune offre de règlement invoquée au cours de la conférence préparatoire ou de la conférence en vue de règlement ne compromet la position que l'une ou l'autre partie désire prendre lors d'une instance ultérieure.

36.2 Aucune personne désignée afin d'aider à régler une question en litige devant le Groupe de règlement des différends ne peut être tenue de témoigner dans les instances civiles ou de remettre ses notes ou autres documents reçus lors d'une instance du Groupe de règlement des différends, d'un arbitrage privé ou d'une instance civile devant les tribunaux judiciaires en ce qui concerne les questions qui ont été portées à son attention dans le cadre de l'exercice de ses fonctions aux termes des présentes Règles, de la *Loi sur les assurances*, ou de ses règlements.

37. Audiences

37.1 L'arbitre peut :

(a) tenir une audience orale;

(b) tenir une audience écrite;

(c) tenir une audience électronique; ou

(d) tenir une audience qui combine l'une ou plusieurs de ces formes.

37.2 L'arbitre ne tiendra pas d'audience écrite si, selon les arguments d'une des parties, il constate qu'il existe un motif valable pour ne pas tenir une telle audience.

37.3 L'arbitre ne tiendra pas d'audience électronique si, selon les arguments d'une des parties, il constate que la tenue d'une audience électronique cousera à cette partie vraisemblement un préjudice considérable.

37.4 Les Règles **37.2 et 37.3** ne s'appliquent pas si le seul but de l'audience est de régler les questions de procédure.

37.5 Les parties recevront un avis raisonnable de la tenue de l'audience, du format de l'audience et, dans le cas d'une audience écrite ou électronique, une déclaration précisant que l'une ou l'autre des parties peut s'opposer à une telle audience aux termes des **Règles 37.2 et 37.3** (sauf dans le cas d'une audience sur des questions de procédure).

37.6 L'arbitre déterminera les questions en litige et toute autre question dont les parties peuvent convenir, lesquelles ont fait l'objet d'une médiation.

37.7 Lorsqu'une partie a reçu un avis d'audience et qu'elle n'assiste pas à une audience orale ou électronique, ou ne participe pas à une audience écrite, l'arbitre peut procéder à l'audience en l'absence de cette partie ou sans sa participation, selon le cas, et cette partie n'a pas droit à d'autre avis dans l'instance.

38. DÉLAIS S'APPLIQUANT AUX AUDIENCES ÉCRITES

38.1 Lors d'une audience écrite, l'arbitre :

(a) peut, dans les **30 jours** qui suivent le dernier jour où la personne assurée peut déposer une ***Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage***, exiger que les parties lui remettent des documents supplémentaires ou des arguments écrits portant sur toute question en litige entre les parties;

(b) peut déterminer les questions en litige même si l'une des parties a omis de déposer les documents supplémentaires ou les arguments écrits, mais seulement si l'arbitre est satisfait que le Groupe de règlement des différends a remis la demande de documents supplémentaires ou d'arguments écrits;

(c) rend son ordonnance à partir des documents et des arguments déposés;

(d) rend sa décision à la plus tardive des dates suivantes :

(i) **60 jours** suivant le dernier jour où la personne assurée peut déposer une ***Réponse***;

(ii) **30 jours** suivant le dernier jour où les parties sont tenues de déposer les documents supplémentaires ou les arguments écrits.

39. LA PREUVE

39.1 Sous réserve de la **Règle 39.2**, tout document, tout rapport (y compris les rapports d'experts), et toute évaluation présentés lors d'une audience par l'une ou l'autre des parties doit être signifié à l'autre partie au moins **30 jours** avant la première journée de l'audience.

39.2 Dans des situations exceptionnelles, une partie peut demander à l'arbitre la permission de signifier à l'autre partie un document, un rapport ou une évaluation qu'elle compte présenter lors de l'audience moins de **30 jours** avant la première journée de l'audience.

39.3 L'arbitre qui préside l'audience juge de la pertinence, de l'importance et de l'admissibilité des éléments de preuve déposés lors de l'audience, mais n'admet pas à une audience les éléments de preuve :

(a) qui ne seraient pas admissibles en preuve par un tribunal judiciaire en raison d'un privilège en vertu du droit de la preuve; ou

(b) qui ne seraient pas admissibles aux termes de la *Loi sur les assurances*; ou

(c) qui n'ont pas été signifiés à la partie adverse aux termes des **Règles 39.1 et 39.2**, à moins que l'arbitre ne soit satisfait que des circonstances exceptionnelles justifient une exception.

40. LA PREUVE OBTENUE PAR SURVEILLANCE

40.1 Lorsque l'une des parties compte présenter des éléments de preuve obtenus par surveillance ou à la suite d'une enquête, y compris des bandes vidéo, photographies, rapports, notes ou résumés [illegible] celle-ci doit fournir au moins **30 jours** avant l'audience :

(a) les noms et les qualifications des personnes qui ont recueilli les éléments de preuve par surveillance ou à la suite d'une enquête, ainsi que les dates, heures et lieux de la surveillance ou de l'enquête; et

(b) des copies de toutes les bandes vidéo et photographies, de tous les rapports d'enquête, de toutes les notes ou de tous les résumés d'observations recueillis relativement aux questions en litige.

41. TÉMOINS

41.1 Chaque partie doit fournir aux autres parties les noms de témoins qu'elle a l'intention de faire témoiger ainsi que les noms des personnes dont elle exige la comparution aux fins d'un contre-interrogatoire sur un rapport au moins **30 jours** avant la première journée de l'audience.

41.2 Chaque partie est tenue d'aviser les témoins éventuels de son intention de les faire à témoigner à l'audience au moins **30 jours** avant la première journée de l'audience.

41.3 L'arbitre peut :

(a) dispenser un témoin de se présenter à l'audience si le témoin n'a pas été identifié lors de la conférence préparatoire aux termes de la **Règle 33**, ou avisé au moins **30 jours** avant la première journée de l'audience aux termes de la **Règle 41.2**; ou

(b) rendre toute autre ordonnance qu'il juge équitable.

41.4 L'arbitre a le pouvoir d'assigner un témoin, de le contraindre à comparâitre, de le faire témoigner sous serment ou autrement et de produire tout document, dossier ou objet.

41.5 Une partie peut exiger qu'un témoin comparaisse en signifiant une ***Assignation de témoin*** **(FORMULAIRE N)** aux termes de la **Règle 73**.

> Voir la **Note pratique n° 8** « Comment assigner un témoin à comparaître à une audience d'arbitrage» à la **Section C** du **Code**.

42. TÉMOINS EXPERTS

42.1 Lorsque l'une des parties compte présenter un rapport d'expert, elle doit annexer au rapport le nom au complet et les qualifications de l'expert qui l'a préparé.

42.2 Lorsque l'une des parties compte faire témoigner un expert à l'audience, elle doit signifier et déposer un document contenant les renseignements suivants :

(a) le nom au complet, l'adresse et les qualifications du témoin expert;

(b) l'objet du témoignage qui sera présenté; et

(c) la teneur des faits et de l'opinion que le témoin présentera.

Les délais et conditions énoncés aux termes des **Règles 39 et 41** s'appliquent.

42.3 Si une partie ne respecte pas les exigences énoncées aux termes de cette Règle, l'arbitre peut exclure un témoin de l'audience ou rendre une autre ordonnance qu'il juge équitable.

42.4 L'une ou l'autre des parties ne peut faire témoigner plus de deux experts à l'audience, sauf ordonnance contraire de l'arbitre.

43. Reprise de l'audience

43.1 L'arbitre peut reprendre une audience à tout moment avant de rendre une ordonnance définitive mettant fin à la procédure d'arbitrage.

43.2 La reprise d'une audience est assujettie aux **Règles 37 à 42**, avec les modifications stipulées par l'arbitre.

44. Évaluation neutre auprès de la Commission

44.1 Suivant réception d'un ***Consentement à une évaluation neutre devant la Commission*** **(FORMULAIRE D)** et la confirmation du consentement des parties, le directeur :

(a) suspendra la nomination d'un arbitre;

(b) désignera sans délai une personne qui tiendra une évaluation neutre; et

(c) confirmera la désignation auprès des parties.

44.2 Dans les **30 jours** suivant l'avis de la désignation d'un évaluateur neutre par le directeur (voir la **Règle 44.1**), les parties doivent déposer une ***Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre*** **(FORMULAIRE H)** contenant ce qui suit :

(a) une description des questions de droit et de fait à évaluer;

(b) une confirmation que les parties ont échangé tous les documents énumérés dans le **Rapport du médiateur** et tous les autres documents nécessaires pour l'évaluation des questions en litige; et

(c) deux dates possibles pour une séance d'une demi-journée consacrée à l'évaluation neutre dans les **60 jours** suivant la date de la désignation de l'évaluateur neutre.

44.3 S'il semble que la ***Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre*** n'a pas été remplie conformément aux conditions énoncées à la **Règle 44.2** ou si le différend ne convient pas à une évaluation neutre, le directeur :

(a) remettra un avis écrit faisant état des lacunes ou des problèmes identifiés;

(b) tiendra l'évaluation neutre en suspens pendant **10 jours** à partir de la remise de l'avis.

44.4 Lorsque l'une des parties omet de remédier aux lacunes ou aux problèmes dans les **10 jours** prévus aux termes de la **Règle 44.3(b)**, le directeur peut mettre fin à l'évaluation neutre et désigner sans délai un arbitre.

44.5 Pour décider si une instance convient à une évaluation neutre, le directeur tiendra compte des dispositions énoncées à la **Note pratique 6** « Évaluation neutre à la Commission des services financiers » à la **Section C** du **Code**.

44.6 Une fois qu'il aura reçu la ***Déclaration conjointe*** des parties dûment remplie, le directeur sélectionnera sans délai l'une des dates pour l'évaluation neutre et avisera les parties de la date, de l'heure et de l'endroit.

45. Sommaire de cause pour l'évaluation neutre

45.1 Au moins **10 jours** avant la date de l'évaluation neutre, chaque partie doit distribuer et déposer un **sommaire de cause** contenant :

(a) un résumé de ses arguments sur les questions soumises à l'évaluation; et

(b) des exemplaires des principaux documents nécessaires pour l'évaluation de chaque question.

45.2 Les parties doivent fournir sans délai toute information supplémentaire demandée par l'évaluateur neutre.

46. Fin de l'évaluation neutre

46.1 Toute partie qui se retire de l'évaluation neutre doit en aviser par écrit les autres parties et le Groupe de règlement des différends.

46.2 Le directeur peut mettre fin à l'évaluation neutre si une partie s'en retire, omet de se conformer à une condition énoncée dans les **Règles 44 et 45**, ou omet d'assister ou de participer à l'évaluation neutre.

46.3 Si l'évaluation neutre prend fin aux termes de la **Règle 46.2**, le directeur désignera promptement un arbitre au moyen d'un avis écrit aux parties.

46.4 La **Règle 33** et les Règles qui la suivent s'appliquent à une audience d'arbitrage tenue après l'annulation ou la fin d'une évaluation neutre aux termes de la présente Règle.

47. Opinion de l'évaluateur neutre

47.1 Dans le cadre d'une évaluation neutre, l'évaluateur neutre donne aux parties son opinion verbale quant à l'issue probable d'un arbitrage ou d'une instance devant un tribunal judiciaire.

47.2 L'opinion de l'évaluateur neutre a pour but d'aider les parties à régler le litige et est confidentielle.

47.3 L'évaluateur neutre n'est pas tenu de témoigner dans une instance civile ou dans un instance devant tout tribunal en ce qui concerne l'évaluation ou l'information obtenue dans le cadre de l'exercice de ses fonctions comme évaluateur neutre.

48. Rapport de l'évaluateur neutre

48.1 L'évaluateur neutre remet sans tarder aux parties le **Rapport de l'évaluateur neutre** décrivant :

(a) les questions soumises à l'évaluation;

(b) les questions qui ont été réglées; et

lorsque une ou plusieurs questions ne sont pas réglées à l'issue de l'évaluation neutre, l'évaluateur inscrit :

(c) les questions encore en litige;

(d) la teneur de la dernière offre de l'assureur à l'égard de ces questions; et

(e) la liste des productions que l'évaluateur neutre a demandées et que les parties ne lui ont pas fournis.

48.2 Le **Rapport de l'évaluateur neutre** ne peut contenir aucune partie de l'opinion orale de l'évaluateur neutre sur l'issue probable d'une instance.

49. Renvoi pour arbitrage après une évaluation neutre

49.1 Les questions encore en litige à l'issue de l'évaluation neutre sont soumises à l'arbitrage par la directeur **deux jours ouvrables** après la remise du **Rapport de l'évaluateur** neutre aux parties.

49.2 Le directeur désignera sans tarder un arbitre.

49.3 L'évaluateur neutre ne présidera pas à l'audience d'arbitrage.

49.4 La **Règle 37** et les Règles qui suivent s'appliquent à une audience d'arbitrage tenue après une évaluation neutre qui n'a pas réglé une des questions in litige.

PARTIE 4 – APPEL D'UNE ORDONNANCE D'ARBITRAGE

50. APPEL

50.1 Une partie à un arbitrage peut porter une ordonnance d'un arbitre en appel auprès du directeur seulement sur une question de droit.

50.2 Une partie ne peut pas porter en appel une ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre tant que toutes les questions en litige dans le cadre de l'arbitrage ne sont pas réglées, sauf ordonnance contraire du directeur.

50.3 L'appel ne suspend pas l'application d'une ordonnance d'arbitrage, sauf ordonnance contraire du directeur.

51. COMMENCEMENT DE LA PROCÉDURE D'APPEL

51.1 Pour porter une ordonnance d'arbitrage en appel, l'appelant(e) doit :

(a) remplir un ***Avis d'appel*** **(FORMULAIRE I)**;

(b) signifier un exemplaire de l'***Avis d'appel*** à l'avocat(e) de la partie intimée ou si la partie intimée n'a pas été représentée par un(e) avocat(e) à l'audience d'arbitrage, à la partie intimée elle-même;

(c) déposer l'***Avis d'appel*** et une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**; et

(d) verser les droits de dépôt énoncés à la **Section D** du **Code**.

51.2 L'appel peut être rejetée dans les circonstances suivantes :

(a) le délai soit écoulé;

(b) il ne soulève pas une question de droit;

(c) il concerne une ordonnance préliminaire ou provisoire qui ne rend pas une décision définitive sur les questions en litige;

(d) l'***Avis d'appel*** est incomplet ou ne contient pas tous les détails nécessaires pour permettre à l'autre partie de répondre;

(e) l'appelant(e) ne verse pas les droits de dépôt requis.

51.3 Si le directeur estime que l'***Avis d'appel*** est incomplet ou rejeté aux termes de la **Règle 51.2**, le directeur en avisera les parties et leurs représentant(e)s.

51.4 Le directeur accusera sans délai réception de l'appel dès qu'il reçoit l'***Avis d'appel***, et l'***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)** dûment remplis accompagnés des droits de dépôt.

52. Delais d'un appel

52.1 Sous réserve de la **Règle 52.2**, l'appelant doit déposer l'***Avis d'appel*** dans les **30 jours** suivant la date de l'ordonnance d'arbitrage.

52.2 Le directeur peut prolonger le délai d'appel, sous réserve des modalités qu'il jugera appropriées d'imposer, soit avant, soit après le délai de **30 jours**, s'il est satisfait que les motifs de la demande de prolongement sont raisonnables.

53. Réponse à l'appel

53.1 Dans les **20 jours** après avoir reçu l'accusé de réception de l'***Avis d'appel*** du directeur (voir la **Règle 51.4**), l'intimé doit :

(a) remplir la ***Réponse à l'Avis d'appel*** **(FORMULAIRE J)**;

(b) signifier sa ***Réponse*** au (à la) représentant(e) de l'appelant(e), ou en l'absence d'un(e) représentant(e), à l'appelant(e) lui-même (elle-même); et

(c) déposer une copie de la ***Réponse*** accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F.)**

54. Arguments écrits

54.1 Sauf ordonnance contraire du directeur, l'appelant(e) doit :

(a) signifier et déposer ses arguments écrits dans les **30 jours** suivant la date d'échéance de la ***Réponse à l'Avis d'appel;***

(b) déposer une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

54.2 Si une transcription a été demandée, le délai pour les arguments écrits de l'appelant(e) prévu aux termes de la **Règle 54.1(a)** est prolongé jusqûà **30** jours de la date de réception de la transcription.

Voir la **Règle 74** sur les transcriptions.

54.3 L'intimé doit, dans les **20 jours** suivant la réception des arguments écrits de l'appelant :

(a) signifier à l'appelant et aux autres parties tout argument écrit sur lequel il compte s'appuyer; et

(b) déposer les arguments écrits et une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

55. Appel de l'intimé(e) (« appel incident »)

55.1 Si l'intimé a l'intention d'interjeter appel d'une ordonnance d'arbitrage, il doit remplir un ***Avis d'appel*** distinct et les délais de dépôt des appels énoncés ci-dessus s'appliquent.

56. Procédure d'appel

56.1 Le directeur peut désigner une autre personne pour entendre l'appel à sa place. Cette personne exercera les pouvoirs et assumera les charges du directeur relativement à cet appel.

56.2 L'ordonnance prise par la personne désignée en vertu de la **Règle 56.1** port la même authorité qu'une ordonnance du directeur.

56.3 Sauf ordonnance contraire du directeur, l'appel soulève seulement des questions qui ont fait l'objet de l'instance d'arbitrage ou qui figurent dans l'ordonnance d'arbitrage faisant l'objet de l'appel.

56.4 Le **dossier d'appel** comprend l'***Avis d'appel***, la ***Réponse*** à l'***Avis d'appel***, les arguments écrits des parties, le dossier de l'instance d'arbitrage, y compris toutes les pièces, et la transcription de celle-ci, le cas échéant.

56.5 Le directeur peut juger l'appel :

(a) au moyen d'une lecture du dossier;

(b) au moyen d'une audience orale ou électronique; ou

(c) de toute autre manière qu'il juge appropriée.

56.6 Si le directeur décide de tenir une audience orale ou électronique, seront remis aux parties et leurs representants un ***Avis d'audience.***

57. Conférence préliminaire

57.1 Le directeur peut exiger que les parties participent à une ou plusieurs conférences préliminaires.

57.2 Les conférences préliminaires tenues aux termes de la présente partie sont assujetties à la **Règle 33**, en y apportant les changements nécessaires.

58. Non-participation

58.1 Le directeur peut trancher l'appel même si l'une des parties a omis de déposer les documents exigés par les présentes Règles.

58.2 Lorsqu'un ***Avis d'audience*** a été remis à une partie et que celle-ci ne se présente pas à l'audience, le directeur peut entendre les arguments verbaux ou l'appel malgré l'absence de cette partie qui n'a pas droit à d'autre avis dans l'instance.

59. INTERVENTIONS

59.1 Le directeur peut demander à des personnes autres que les parties à l'appel de présenter des arguments sur des questions de droit soulevées dans le cadre de l'appel, et leur participation sera assortie des termes que le directeur jugera appropriées.

59.2 Des personnes autres que les parties à l'appel peuvent demander permission de présenter des arguments sur une question de droit soulevée dans le cadre de l'appel.

59.3 Toute personne qui souhaite présenter des arguments sur des questions de droit soulevées dans le cadre de l'appel doit :

(a) remplir une ***Demande d'intervention*** **(FORMULAIRE K)**;

(b) signifier une copie de la ***Demande*** au (à la) représentant(e) de chacune des parties à l'appel ou en l'absence d'un(e) représentant(e), à la partie concernée; et

(c) déposer la ***Demande*** et une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

59.4 La ***Demande d'intervention*** peut être rejetée si elle ne comprend pas :

(a) les raisons pour lesquelles l'auteur(e) de la demande souhaite participer; et

(b) un résumé des arguments de l'auteur(e) de la demande relativement aux questions de droit.

59.5 Lorsqu'une ***Demande d'intervention*** est rejetée, le directeur avisera l'auteur(e) de la demande et le(la) représentant(e) de chacune des parties à l'appel ou en l'absence d'un(e) représentant(e), la partie concernée.

59.6 Dans les **10 jours** suivant la réception d'une ***Demande d'intervention***, l'une ou l'autre des parties peut indiquer qu'elle appuie ou conteste l'intervention, en :

(a) déposant une copie de ses commentaires écrits; et

(b) envoyant une copie de ses commentaires écrits au (à la) représentant(e) de l'auteur(e) de la demande, ou en l'absence d'un(e) représentant(e), à l'auteur(e) de la demande.

PARTIE 5 – MODIFICATION OU RÉVOCATION D'UNE ORDONNANCE

60. PROCÉDURE D'INTERVENTION

60.1 Les **Règles 56, 57 et 58** s'appliquent, avec les modifications nécessaires.

61. DEMANDE DE MODIFICATION/RÉVOCATION

61.1 La personne assurée ou l'assureur peut demander au directeur de modifier ou de révoquer une ordonnance d'arbitrage ou une ordonnance d'appel dans les circonstances suivantes :

(a) un changement important est survenu dans la situation de la personne assurée;

(b) de nouveaux éléments de preuve sont disponibles depuis l'arbitrage ou l'appel;

(c) une erreur s'est glissée dans l'ordonnance.

61.2 Une partie ne peut pas demander une modification ou une révocation d'une ordonnance préliminaire ou provisoire d'un décideur tant qu'une décision définitive n'a pas été rendue sur toutes les questions en litige dans le cadre de l'instance, sauf ordonnance contraire du directeur.

61.3 La partie qui demande la modification ou la révocation d'une ordonnance d'arbitrage ou d'une ordonnance d'appel doit :

(a) remplir une ***Demande de modification/révocation*** **(FORMULAIRE L)**;

(b) signifier une copie de la ***Demande*** à l'avocat(e) de l'intimé(e), ou en l'absence d'un(e) avocat(e), à l'intimé(e) lui-même (elle-même);

(c) déposer la ***Demande*** et une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**; et

(d) verser les droits de dépôt énoncés à la **Section D** du **Code**.

61.4 La ***Demande de modification/révocation*** peut être rejetée dans l'un des cas suivants :

(a) elle concerne une ordonnance préliminaire ou provisoire qui ne tranche pas définitivement les questions en litige;

(b) elle soit incomplète ou ne contienne pas des détails suffisants pour permettre à l'autre partie de répondre;

(c) la ***demande*** ait trait à une ordonnance ayant déjà fait l'objet d'un appel et l'appel soit en instance;

(d) l'auteur(e) de la ***demande*** a omis de pager joindre les droits exigés.

61.5 Si le directeur juge que la ***Demande de modification/révocation*** est incomplète ou si elle est rejetée en vertu de la **Règle 61.4**, le directeur avisera les parties et leurs représentants qu'elle a été rejetée.

61.6 Le directeur accusera réception sans délai de la ***Demande de modification/révocation*** dès qu'il reçoit la ***Demande*** et l'***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)** dûment remplis accompagnés des droits de dépôt.

62. RÉPONSE À UNE DEMANDE DE MODIFICATION/RÉVOCATION

62.1 Dans les **20 jours** après avoir reçu l'accusé de réception du directeur (voir la **Règle 61.6**), l'intimé doit :

(a) remplir une ***Réponse à une Demande de modification/révocation*** **(FORMULAIRE M)**;

(b) signifier sa ***Réponse*** au (à la) représentant(e) de l'auteur(e) de la demande, ou en l'absence d'un(e) représentant(e), à l'auteur(e) de la demande; et

(c) déposer une copie de sa ***Réponse*** accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

63. PROCÉDURE DE MODIFICATION/RÉVOCATION

63.1 Le directeur peut :

(a) prendre une décision relative à la ***Demande de modification/ révocation***;

(b) déléguer une autre personne qui exercera alors les pouvoirs et assumera les responsabilités du directeur afin de trancher la ***Demande de modification/révocation***; ou

(c) désigner le décideur qui a rendu l'ordonnance initiale ou un autre décideur afin de trancher de la ***Demande de modification/révocation***.

63.2 Les ***Demandes de modifications/révocation*** sont assujetties aux **Règles 54, 57 et 58**, avec les modifications nécessaires.

PARTIE 6 – PROCÉDURES GÉNÉRALES D'AUDIENCE

64. APLICATION DE LA PRÉSENTE PARTIE

64.1 La présente partie s'applique à tous les arbitrages, appels, interventions et instances de modification et de révocation.

65. ORDONNANCES

65.1 Un décideur identifiera les questions qui lui sont présentées au moyen d'une ordonnance et peut rendre une ordonnance selon les modalités qu'il juge équitables.

65.2 Un décideur peut rendre une ordonnance orale accompagnée de motifs orales s'il le juge approprié. Le décideur confirmera par écrit les dispositions de l'ordonnance orale si les parties le lui demandent à la conclusion de l'ordonnance orale.

65.3 Toute ordonnance tranchant de façon définitive les questions en litige sera appuyée sur des motifs écrits.

65.4 Le Groupe de règlement des différends remettra aux parties une copie de l'ordonnance et des motifs écrits du décideur le cas échéant.

65.5 Un décideur peut en tout temps corriger une erreur typographique, une erreur de calcul, une erreur technique ou toute erreur semblable dans sa décision ou son ordonnance.

65.6 Un décideur peut en tout temps éclaircir une décision ou ordonnance qui contient une déclaration inexacte, une ambiguïté ou toute autre erreur semblable.

65.7 Un décideur peut rendre les ordonnances ou donner les directives qui lui semblent appropriées pour empêcher un abus de procédure.

66. EXÉCUTION DES ORDONNANCES PAR UN TRIBUNAL JUDICIAIRE

66.1 À la demande écrite de l'une ou l'autre des parties, le directeur lui fournira une copie certifiée de toute ordonnance.

66.2 Une des parties peut déposer une copie certifiée conforme d'une ordonnance auprès de la Cour supérieure de justice de l'Ontario. L'ordonnance peut être exécutée par la Cour au même titre qu'une ordonnance de cette Cour.

66.3 La partie qui dépose une ordonnance aux termes de la **Règle 66.2** en avisera le directeur dans les **10 jours** qui suivent le dépôt.

67. ORDONNANCES RENDUES EN COURS D'INSTANCE : MOTIONS

67.1 Un décideur peut rendre une ordonnance préliminaire ou provisoire en cours d'instance avant de rendre son ordonnance définitive.

67.2 Une partie peut demander une ordonnance préliminaire, ou une ordonnance provisoire, à n'importe quelle étape de l'instance avant l'emise d'une attendant une ordonnance définitive.

67.3 La partie qui présente une telle demande doit, par écrit :

(a) décrire l'ordonnance qu'elle souhaite obtenir, le bien-fondé justifiant cette ordonnance et fournir tous les documents sur lesquels elle compte s'appuyer;

(b) préciser l'heure, la date ainsi que la manière dont la partie souhaite que la motion soit entendue; et

(c) signifier des copies du matériel aux parties et déposer ces documents.

67.4 Lorsqu'une partie souhaite obtenir une ordonnance de production contre une personne qui n'est pas une partie à l'instance (« un tiers »), la partie qui fait la demande doit signifier le matériel requis aux termes de la **Règle 67.3** au tiers et les déposer accompagnés d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**.

67.5 Dans les 10 jours suivant la signification des documents, la partie intimée et le tiers, le cas échéant, doivent :

(a) signifier des réponses écrites et les documents sur lesquels ils comptent s'appuyer; et

(b) déposer une copie des réponses écrites et des documents.

67.6 Un décideur peut trancher la demande en se fondant sur les documents et les arguments écrits qui ont été déposés, ou de la manière que le décideur juge appropriée.

67.7 Avant de rendre une ordonnance de production de documents contre un tiers, le décideur doit être convaincu que :

(a) les parties ont fait des efforts valables en vue d'obtenir le document recherché;

(b) le document recherché est en la possession, sous le contrôle ou le pouvoir du tiers;

(c) le tiers a eu une possibilité raisonnable de répondre;

(d) le document est raisonnablement requis afin d'assurer une audience juste et équitable.

67.8 Une demande d'ordonnance provisoire ou d'ordonnance préliminaire peut aussi être présentée oralement durant une conférence préparatoire, une conférence préliminaire ou lors d'une audience et elle est traitée de la manière que le décideur juge appropriée.

68. REJET DE L'INSTANCE SANS AUDIENCE

68.1 Sous réserve de la **Règle 68.2**, un décideur peut rejeter une instance sans audience lorsque l'instance est frivole, vexatoire ou avoir été entamée de mauvaise foi;

68.2 Avant de rejeter l'instance aux termes de la présente Règle, le registrateur ou un décideur remettra un avis écrit à toutes les parties leur signalant son intention de rejeter l'instance pour les motifs énoncés à la **Règle 68.1**.

68.3 Si une partie s'oppose au rejet de l'instance aux termes de la **Règle 68.1** ou si elle souhaite déposer des arguments écrits par rapport au rejet, elle doit :

(a) présenter les motifs selon lesquels la partie s'oppose au rejet de l'instance ou présenter par écrit d'autres questions ou problèmes; et

(b) signifier le matérial au registrateur et à toutes les autres parties **dans les 20 jours** suivant la date de l'avis aux termes de la **Règle 68.2**.

68.4 Un décideur tiendra compte de toute objection ou argument écrit reçu et peut rendre une ordonnance selon les modalités qu'il juge équitables.

69. RÈGLEMENT

69.1 Les parties peuvent régler en tout temps toutes ou certaines des questions en litige. Le Groupe de règlement des différends ferme le dossier :

(a) tout de suite après la réception d'une confirmation écrite des parties l'informant du règlement du différend; ou

(b) **20 jours** suivant l'avis du Groupe de règlement des différends indiquant son intention de fermer le dossier en raison d'un règlement tel qu'annoncé.

69.2 Si une partie s'oppose à la fermeture du dossier aux termes de la **Règle 69.1(b)**, elle doit sans tarder en aviser par écrit le Groupe de règlement des différends et les autres parties, indiquant les raisons pour lesquelles elle s'y oppose.

69.3 L'une ou l'autre partie peut demander à un décideur de rendre une ordonnance rejetant l'instance sur consentement des parties, moyennant le dépôt de ce qui suit :

(a) une formule de consentement, signée par les parties ou leurs représentants déclarant qu'elles consentent au rejet de l'instance

d'arbitrage et confirmant qu'aucune des parties à l'instance n'est atteinte d'une invalidité;

(b) les modalités de tout règlement convenu entre les parties ainsi qu'une confirmation des parties qu'elles ont examiné les dispositions du ***Règlement*** régissant le règlement, énoncées à la **Section E** du **Code**;

(c) l'entente écrite des parties que l'ordonnance de consentement est définitive et ne peut pas faire ni l'objet d'un appel, d'une procédure de modification/révocation, ni d'une révision judiciaire; et

(d) un nombre suffisant de copies de l'ordonnance de consentement, approuvée dans sa forme et son contenu par les parties, qui seront remises par le Groupe de règlement des différends.

70. DÉSISTEMENT

70.1 L'une ou l'autre partie peut demander la permission de se désister d'un litige en tout ou en partie :

(a) en signifiant à toutes les autres parties une demande de désistement; et

(b) en déposant la demande de désistement accompagnée d'une ***Affirmation de signification*** **(FORMULAIRE F)**;

(c) en demandant de vive voix, lors d'une évaluation neutre, d'une conférence préparatoire, d'une conférence en vue de règlement, d'une conférence préliminaire ou d'une audience, de se désister d'un litige en tout ou en partie.

70.2 Le registrateur ou un décideur peut permettre à l'une des parties de se désister de l'instance moyennant le consentement de toutes les parties.

70.3 Si l'une des parties conteste le désistement, le décideur peut :

(a) permettre le désistement selon les modalités et les conditions qu'il juge équitables;

(b) adjuger des frais à l'une ou l'autre des parties conformément à la **Règle 75** et aux règles qui suivent, et au **Règlement relatif aux frais** en vertu de la **Section F** du **Code**;

(c) accorder un montant à l'assureur, jusqu'à concurrence du montant de la cotisation payable par l'assureur pour participer à l'audience, si le décideur juge que la personne assurée a entamé un arbitrage frivole, vexatoire ou qui a constitué un abus de procédure.

71. INCAPACITÉ DE DÉCIDEUR DE MENER UNE AUDIENCE À TERME

71.1 Si, pour quelque motif que ce soit, le décideur est incapable de mener l'audience à terme ou de rendre une décision, le directeur peut désigner un autre décideur pour instruire de nouveau la cause.

71.2 Si une transcription de l'audience inachevée est disponible, le directeur peut aviser les parties de son intention de remettre une copie de la transcription au nouvel décideur, ainsi qu'aux parties, aux frais du Groupe de règlement des différends, si le directeur le juge approprié ou si les parties donnent leur consentement et que le directeur l'approuve.

71.3 Si l'une ou l'autre des parties s'oppose à ce que la transcription soit remise au nouvel décideur, elle doit sans tarder en aviser le directeur et toutes les autres parties par écrit, précisant les raisons pour lesquelles elle s'y oppose.

72. AJOURNEMENTS

72.1 Toute demande d'ajournement d'une conférence préparatoire ou d'une audience d'arbitrage doit être présentée par écrit au registrateur. Une demande d'ajournement d'un appel ou d'une modification/révocation doit être présentée par écrit au directeur une demande d'ajournement doit:

(a) expliquer les motifs de la demande d'ajournement;

(b) indiquer si toutes les parties consentent à l'ajournement; et

(c) proposer d'autres dates qui sont acceptables à toutes les parties.

72.2 La demande d'ajournement doit être signifiée aux autres parties et déposée **7 jours** avant la tenue de l'instance ou dans un délai plus court, si le registrateur, le directeur ou le décideur le permet.

72.3 La décision du registrateur, du directeur ou du décideur d'ajourner doit se référer aux **Politiques d'ajournement** de la **Note pratique n° 9** énoncée à la **Section C** du **Code**.

72.4 Le décideur peut décider d'ajourner la procédure de son propre chef ou à la demande de l'une des parties, selon les conditions qu'il jugera équitables.

72.5 Le décideur peut demander aux parties de se présenter afin de débattre la question de l'ajournement, même si elles ont consenti à l'ajournement.

73. ASSIGNATION DE TÉMOIN

73.1 Un décideur dispose des mêmes pouvoirs d'assignation qu'un juge de la Cour supérieure de justice de l'Ontario. Un décideur peut, par ***Assignation de témoin***, sommer toute personne :

(a) de comparaître ou de participer à une audience, et de donner, sous serment, ou autrement, des témoignages; et

(b) d'y produire en preuve les documents et objets énumérés dans l'assignation.

73.2 Si une personne ne comparaît pas ou ne participe pas à une audience ou ne produit pas les documents énumérés dans l'***Assignation de témoins*** **(FORMULAIRE N)**, un juge de la Cour supérieure de justice peut ordonner qu'un mandat d'arrestation soit émise ou que cette personne soit punie de la même façon que si elle avait commis un outrage au tribunal.

73.3 L'***Assignation de témoin*** doit être préparée au moyen du **FORMULAIRE N**.

73.4 La partie demandant une **Assignation de témoin** doit s'assurer que :

(a) l'***Assignation de témoin*** a été signifiée en personne à son destinataire au moins **5 jours ouvrables** avant le premier jour de l'audience, ou dans un délai plus court que le décideur juge équitable;

(b) la personne assignée à comparaître a reçu les mêmes indemnités qui sont payables pour comparaître devant la Cour supérieure de justice; et

(c) l'***Affidavit de signification pour une assignation de témoin*** **(FORMULAIRE O)** a été déposé pour faire preuve que l'***Assignation*** a été signifiée à son destinataire et que les indemnités exigibles lui ont été versées.

Voir la **Note pratique n° 8** « Comment assigner un témoin à comparaître à une audience d'arbitrage » à la **Section C** du **Code**.

73.5 Le décideur peut dispenser un témoin de comparaître ou de participer à une audience si un avis n'a pas été présenté au témoin aux termes des **Règles 33, 41** et **73.3.**

74. TRANSCRIPTIONS

74.1 L'audience peut être enregistrée par un(e) sténographe judiciaire qui s'est engagé(e) sous serment ou sous affirmation solennelle à consigner les éléments de preuve et les débats. Le Groupe de règlement des différends ne fournit pas de services de transcription pour une audience. Les parties qui souhaitent avoir une transcription de l'audience doivent elles-mêmes prendre les dispositions nécessaires et payer elles-mêmes les frais pour ce service.

74.2 La partie qui embauche un(e) sténographe judiciare pour enregistrer une audience doit :

(a) en informer les autres parties et le décideur;

(b) prendre les dispositions nécessaires relatives au (à la) sténographe judiciare; et

(c) payer les honoraires directement au (à la) sténographe judiciare ou à l'agence qui fournit la transcription.

74.3 Si une partie commande une transcription complète ou partielle d'une audience, celle-ci doit :

(a) en informer les autres parties et le décideur;

(b) fournir une copie de la transcription à l'autre partie et au décideur; et

(c) payer les honoraires directement au (à la) sténographe judiciare ou à l'agence qui fournit la transcription.

75. ADJUDICATION DES FRAIS

75.1 Le décideur peut adjuger les frais d'une partie s'il juge que l'adjudication est justifiée selon les critères énoncés à la **Règle 75.2**. Les frais adjugés ainsi que les montants sont précisés à la **Règle 78** et à **l'Annexe** au **Règlement relatif aux frais** énoncées à la **Section F** du **Code**.

75.2 Le décideur doit tenir compte des critères énoncés dans le **Règlement relatif aux frais** qui figurent dans la **Section F** du **Code**. Ces critères sont les suivants :

(a) dans quelle mesure chaque partie a réussi quant à l'issue de l'instance;

(b) si la conduite de l'assureur ou de la personne assurée a eu pour effet d'accélérer ou de faciliter l'instance, ou de prolonger, d'entraver ou de gêner l'instance, y compris le défaut de se conformer aux engagements ou aux ordonnances;

(c) si l'instance ou la position assumée par l'assureur ou par la personne assurée durant l'instance était manifestement sans fondement, frivole, vexatoire, frauduleuse ou constituait un abus de procédure;

(d) la complexité, la nouveauté ou la portée des questions de fait ou des questions de droit soulevées durant l'instance;

(e) si l'assureur ou la personne assurée le demande, toute offre de règlement soumise par écrit conformément aux **Règles 76 et 77**, dans la lumière de l'issue de l'instance.

(f) toute autre question se rapportant à l'instance que le décideur considère pertinente pour déterminer si une adjudication des frais est justifiée.

76. OFFRE DE RÈGLEMENT

76.1 Le décideur considérera une **Offre de règlement** relative à l'adjudication des frais à condition que :

(a) l'offre ait été soumise par écrit, ait été signifiée aux autres parties et contienne :

(i) toutes les modalités de l'**Offre de règlement**;

(ii) la date à laquelle la **l'Offre** a été signifiée et la période pendant laquelle elle est demeurée en vigueur;

ET

(b) **l'Offre** ait été soumise après la médiation et avant la fin de l'audience, en tenant compte particulièrement de toute **Offre** signifiée à l'issue de la conférence préparatoire ou de la conférence préliminaire selon le cas, jusqu'à 5 jours avant le début de l'audience.

76.2 Une **Réponse à une Offre de règlement** sera considérée si :

(a) elle a été faite par écrit et a précisé **l'Offre** à laquelle elle s'est rapportée; et

(b) elle a été signifiée aux autres parties avant la conclusion de l'audience.

76.3 Une **Offre de règlement** ou une **Réponse à une offre de règlement** peut être annulée à tout moment avant d'être acceptée, en signifiant un avis écrit à cet effet à la partie à laquelle l'offre ou la réponse a été présentée.

76.4 Une **Offre** ou une **Réponse** prend fin à la première de la date d'échéance indiquée dans la **l'Offre** ou dans la **Réponse** ou à la date de la fin de l'audience.

76.5 L'acceptation de **l'Offre** ou de la **Réponse** doit être faite par écrit et doit être signifiée à l'auteur(e) de **l'Offre** ou de la **Réponse**, avant l'annulation ou l'échéance de l'offre.

77. COMMUNICATION D'UNE OFFRE DE RÈGLEMENT OU D'UNE RÉPONSE À UNE OFFRE DE RÈGLEMENT

77.1 Si aucune partie à un arbitrage n'a l'intention de soumettre pour la considération du décideur relative à l'adjudication des frais une **Offre de règlement** ou une **Réponse à une Offre de règlement**, les parties doivent en informer conjointement le décideur à l'issue de l'audience; et le décideur rendra une décision sur l'adjudication des frais lorsqu'il rendra sa décision sur les questions de fond au litige.

77.2 Si l'une ou l'autre des parties a l'intention de soumettre pour la considération du décideur une **Offre de règlement** ou une **Réponse à une Offre de règlement** relative à l'adjudication des frais, les parties doivent en informer conjointement le décideur à la fin de l'audience.

77.3 Sur un tel avis, le décideur identifiera toutes les questions en litige, sauf les frais, et rendra sa décision.

77.4 Le Groupe de règlement des différends signifiera un exemplaire de l'ordonnance (à l'exception des frais) et les motifs écrits du décideur, s'il y a lieu, aux parties.

77.5 Dans les **10 jours** suivant la remise de l'ordonnance, l'une ou l'autre des parties pourra déposer toute **Offre de règlement** ou **Réponse à une Offre de règlement** pertinente qui a été faite conformément à la **Règle 76**, aux fins de l'adjudication des frais.

77.6 L'une ou l'autre des parties pourra demander un rendez-vous devant un décideur relatif à l'adjudication des frais ou à un examen des frais conformément à la **Règle 79**.

78. Frais de représentant (Voir aussi l'annexe au règlement relatif au frais à la section f du code)

78.1 L'adjudication maximale qui peut être accordée à la personne assurée ou à l'assureur pour les frais de justice est calculée en utilisant :

(a) les taux horaires fixés en application de la *Loi de 1998 sur les services d'aide juridique* pour les services professionnels dans des affaires civiles devant la Cour supérieure de justice de l'Ontario; ou

(b) le taux horaire mentionné dans la **Règle 78.1(a)** susmentionnée ajusté pour tenir compte, s'il y a lieu, de la prime octroyée au titre de la *Loi de 1998 sur les services d'aide juridique* aux avocats d'expérience;

Si le décideur considère que la personne assurée a droit de recevoir des frais plus élevés, il peut accorder le taux horaire maximal de **150 $**.

78.2 Le versement maximal qui peut être accordé pour frais d'agent à la personne assurée ou à l'assureur correspond au montant calculé selon les taux horaires fixés aux termes de la *Loi de 1998 sur les services d'aide juridique* pour les clercs d'avocat, les stagiaires en droit et les enquêteurs.

79. Évaluation des dépenses

79.1 Si le décideur a rendu une ordonnance sur toutes les questions en litige sauf les frais, et si les parties n'arrivent pas à s'entendre sur l'admissibilité aux

frais ou le montant des frais relatifs à l'audience, l'une ou l'autre des parties peut demander, par écrit, un rendez-vous auprès du décideur pour une adjudication des frais à condition que cette demande soit faite dans les **30 jours** suivant la date de la décision sur toutes les questions en litige.

79.2 Si le décideur a adjugé des frais et que les parties n'arrivent pas à s'entendre sur le montant à verser en vertu de cette ordonnance, l'une ou l'autre des parties peut demander, par écrit, un rendez-vous auprès du décideur en procédant comme suit :

(a) dans les **30 jours** suivant la date de la décision d'adjudication, la partie accordée les frais adjugés doit fournir à l'autre un relevé de compte de ses dépenses, portant une description, ainsi que le coût exact de chaque dépense engagée et de tout service reçu;

(b) la partie qui a été ordonnée de payer les frais **doit** remettre sans tarder à l'autre partie une réponse par écrit relative au compte de dépenses, identifiant chaque type de dépenses qui fait l'objet du différend ainsi que les raisons du différend;

(c) la partie accordée les frais adjugés **doit** fournir à l'autre partie des copies de tous les documents disponibles à l'appui des dépenses qui font l'objet du différend, tels que factures, reçus, bordereaux informatisés ou chèques annulés;

(d) s'il existe toujours un différend, les parties doivent toutes deux signifier et soumettre les documents susmentionnés accompagnés d'une demande écrite pour une **évaluation des dépenses** à toutes les parties à l'instance ainsi qu'à leurs avocat(e)s ou représentant(e)s dont le compte à terme et les déboursements figurent dans les frais exigés;

(e) le Groupe de règlement des différends avisera les parties ainsi que leurs avocat(e)s et ou représentant(e)s, présents ou anciens, de la forme de l'évaluation, soit au moyen d'une audience écrite, ou d'une audience verbale ou électronique, et leur fera part de la date, de l'heure et, s'il y a lieu, de l'endroit où sera tenue l'audience.

80. QUESTIONS RELATIVES À LA CONSTITUTION OU À LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS

80.1 Aux termes de la *Loi sur les tribunaux judiciaires*, une partie qui a l'intention de soulever des questions d'ordre constitutionnel doit signifier un avis d'une question constitutionnelle aux autres parties, au procureur général du Canada et au procureur général de l'Ontario au moins **15 jours** avant la date à laquelle la question sera entendue par le décideur.

80.2 L'avis envisagé à la **Règle 80.1** doit indiquer clairement le motif de la question et doit y joindre la preuve que la partie compte présenter.

80.3 Le procureur général du Canada et le procureur général de l'Ontario ont le droit d'intervenir dans l'instance.

80.4 Une question d'ordre constitutionnel est soulevée dans les circonstances suivantes :

(a) la constitutionnalité ou l'applicabilité constitutionnel d'une loi, d'un règlement ou d'un règlement municipal pris sous son régime ou d'une règle de common law est en cause;

(b) réparation est demandée en vertu du paragraphe 24(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés* à l'égard d'un acte ou d'une omission du gouvernement de l'Ontario.

81. RENONCIATION AUX RÈGLES DE PROCÉDURE

81.1 Sous réserve des dispositions de la *Loi sur les assurances* et de la *Loi sur l'exercice des compétences légales* le décideur peut, selon les modalités qu'il jugera équitables :

(a) suspendre l'application des délais prévus aux présentes Règles relatifs à une démarche, à la signification d'un avis, au dépôt de documents ou à la tenue d'une audience;

(b) décider qu'une Règle ne s'applique pas à une instance.

81.2 Toute règle de procédure énoncée dans la *Loi sur les assurances* ou la *Loi sur l'exercice des compétences légales* qui s'applique à une audience tenue en vertu des présentes Règles peut être suspendre avec le consentement des parties et du décideur.

82. TÉMOIGNAGE ET INSTANCES CIVILES

82.1 Sauf si la surintendante des services financiers y consent, aucun décideur ne sera tenu de témoigner dans une instance civile, dans une instance devant la surintendante ou dans une instance devant un tribunal judiciare ou devant tout autre tribunal en ce qui concerne l'information obtenue dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.

SECTION B – DIRECTIVES

1. Directive relative à l'identification des personnes qui travaillent à leur compte ..... B 1-1

2. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation *(Loi 59)* ..... B 2-1

3. Directive concernant les demandes d'indemnités d'accident légales et les procédures de demande d'indemnités et de médiation ..... B 3-1

4. Directive relative au choix du centre d'évaluation désigné le plus proche ..... B 4-1

5. Directive concernant l'identification des étudiants admissibles à l'indemnité d'étudiant sans revenu d'emploi *(Loi 59)* ..... B 5-1

6. Directive relative à l'identification des personnes admissibles à des indemnités pour incapacité à poursuivre des études ..... B 6-1

7. Directive concernant la gestion des demandes portant sur des troubles associés à l'entorse cervicale ..... B 7-1

8. Directive concernant l'indexation optionnelle des indemnités ..... B 8-1

9. Directive concernant les frais de transport ..... B 9-1

10. Directive concernant les frais de transport (à partir du 31 mars 2001) ..... B 10-1

11. Directive concernant les conflits d'intérêts dans la prestation de services médicaux et de réhabilitation ..... B 11-1

DIRECTIVE RELATIVE À L'IDENTIFICATION DES PERSONNES QUI TRAVAILLENT À LEUR COMPTE

La présente directive est émise conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Cette directive s'applique à tous les accidents survenus le 1er janvier 1994 ou après ce jour, y compris les accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour, et doit être utilisée lorsqu'on a établi qu'une personne est employée mais que l'on ne peut pas déterminer si elle travaille à son compte ou sa relation avec un employeur. Aux termes *de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (l'Annexe)*, le revenu d'un travail à son compte est traité différemment d'un revenu tiré d'un emploi.

Aux fins de *l'Annexe*, une personne est considérée comme étant à son compte si l'entreprise qui lui verse une rémunération n'est pas constituée en personne morale en vertu d'une loi. Par exemple, les entreprises à propriétaire unique et les partenariats entrent dans la catégorie de situation de travail à son compte. Si la personne touche son revenu d'une entreprise constituée en personne morale, elle est considérée comme un employé de cette personne morale.

DÉFINITIONS

« entreprise »	activité à but lucratif ou visant à réaliser des bénéfices; elle comprend les professions, métiers, commerces, fabrications ou opérations de tous genres, les risques ou affaires de caractère commercial ou un service.
« employé »	personne embauchée dans une entreprise pour exécuter contre rémunération des tâches ou des travaux prédéterminés.
« employeur »	entité telle qu'une personne morale, un groupe de personnes ou une personne seule, qui embauche une ou plusieurs autres personnes dans une entreprise pour exécuter contre rémunération des tâches ou des travaux prédéterminés.
« acheteur »	entité telle qu'une personne morale, un groupe de personnes ou une personne seule, qui conclut avec une autre personne un accord ou un contrat en vue d'obtenir un ou des services contre une rémunération négociée.

Dans les situations ci-après, les indices de travail à son compte sont les suivants :

1. TRAVAIL À SON COMPTE TRADITIONNEL

LA PERSONNE :

- est propriétaire unique d'une entreprise non constituée en personne morale ou est associée (autre que partenaire à responsabilité limitée) d'un partenariat.
- a un emplacement établi où elle fait des affaires.
- participe à l'exploitation courante de l'entreprise (n'est pas seulement un investisseur ni une personne qui ne touche une rémunération qu'aux fins du fractionnement de revenu).
- accomplit ses tâches selon une méthode et un horaire qu'elle établit elle-même.
- établit ses propres heures de travail et ne travaille pas nécessairement pendant un nombre fixe d'heures par période de travail (p. ex. 40 heures par semaine).
- négocie le prix de ses produits ou services avec ses clients, sauf dans les domaines réglementés (p. ex. les médecins).
- calcule son revenu annuel les bénéfices qu'elle tire de l'entreprise aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada et de la *Loi de l'impôt sur le revenu* de l'Ontario.
- n'est pas admissible à recevoir des prestations ordinaires d'assurance-emploi.
- verse les contributions de l'employeur et de l'employé au Régime de pensions du Canada pour son propre régime de retraite.
- perçoit et remet aux différents paliers de gouvernement tous les impôts prélevés selon leurs mesures législatives respectives en matière de fiscalité (p. ex. TPS, TVP retenues sur le salaire des employés).

DANS LE CAS D'UNE ENTREPRISE À PROPRIÉTAIRE UNIQUE :

- a l'autorité sur :
  1) l'embauche et le congédiement des employés ou d'un employé;
  2) le niveau de rémunération et les heures de travail des employés ou d'un employé;

3) la méthode selon laquelle un employé ou des employés accomplit ou accomplissent son ou leur travail;
4) les décisions administratives touchant l'entreprise.

DANS LE CAS D'UN PARTENARIAT :

- a une autorité partielle ou complète, selon les accords conclus avec ses partenaires, sur :
  1) l'embauche et le congédiement des employés ou d'un employé;
  2) le niveau de rémunération et les heures de travail des employés ou d'un employé;
  3) la méthode selon laquelle un employé ou des employés accomplit ou accomplissent son ou leur travail;
  4) les décisions administratives touchant l'entreprise.

  Exemples : 1) Propriétaire-exploitant ou associé dans un restaurant, un dépanneur, etc.
  2) Médecin en pratique privée

2. CONTRATS DE SERVICE

LA PERSONNE :

- entreprend des contrats de travail sans lien de longue durée ou permanent avec un acheteur spécifique.
- fournit le ou les services pouvant être fournis à un ou plusieurs endroits pour un ou plusieurs acheteurs au cours de la même période.
- accomplit ses tâches selon une méthode et un horaire qu'elle établit elle-même.
- établit ses propres heures de travail et ne travaille pas nécessairement pendant un nombre fixe d'heures par période de travail (p. ex. 40 heures par semaine).
- négocie avec l'acheteur le prix des services qu'elle lui fournit.
- entretient avec un acheteur ou des acheteurs une relation d'affaires manifestée d'un accord ou d'un contrat écrit ou oral, explicite ou implicite, aux termes duquel elle effectue généralement un travail.
- n'embauche pas d'employés.
- n'est pas admissible à recevoir des prestations ordinaires d'assurance-emploi.

- verse les contributions de l'employeur et de l'employé au Régime de pension du Canada pour son propre régime de retraite.
- calcule son revenu annuel les bénéfices qu'elle tire de l'entreprise aux termes de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et de la *Loi de l'impôt sur le revenu* de l'Ontario.

Exemples :
1) Nettoyeurs indépendants
2) Camionneurs indépendants
3) Bricoleurs
4) Chauffeurs de limousine

DIRECTIVE CONCERNANT LES DEMANDES D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES ET LES PROCÉDURES DE DEMANDES D'INDEMNITÉS ET DE MÉDIATION (LOI 59)

La présente directive est émise en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Cette directive s'applique aux accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour. Elle vise à clarifier les droits et obligations des assureurs et des demandeurs en ce qui a trait aux indemnités d'accident légales. Fondamentalement, l'assureur et la personne assurée (désignée demandeur dans la présente directive) doivent agir en toute bonne foi dans leurs démarches respectives de demande et de traitement de la demande.

Il est en outre essentiel que les deux parties fournissent tous les renseignements requis dans les délais voulus. Les renseignements exigés par l'assureur doivent toutefois se rapporter à la demande. Les demandeurs doivent, pour leur part, fournir à l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour déterminer la nature et l'importance de la demande ainsi que la période de validité de celle-ci. Les demandeurs ne doivent taire aucune information ni ralentir, compliquer ou empêcher l'évaluation de la demande d'indemnisation par l'assureur.

Les demandeurs doivent prendre acte du fait qu'un comportement déraisonnable de leur part peut retarder le versement des indemnités ou les priver de leurs droits à l'égard de celles-ci sans aucun recours en justice ou possibilité d'arbitrage. Les assureurs peuvent aussi mettre fin aux indemnités si un demandeur fait sciemment des fausses déclarations relativement à une demande d'indemnités d'accident.

L'assureur doit prendre acte du fait qu'un comportement déraisonnable de sa part est passible, au titre des pratiques déloyales, des sanctions prévues au paragraphe 282(10) de la *Loi sur les assurances*, des ordonnances de cesser et de s'abstenir et des poursuites.

La présente directive s'applique à tous les assureurs et demandeurs ainsi qu'à leurs représentants respectifs et doit être prise en consideration lors de toute décision nécessitant une interprétation de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*. Les sections intitulées « Principes régissant les demandes d'indemnités d'accident légales et procédure de demande d'indemnités » et « Principes régissant la procédure de médiation » définissent les droits et les obligations des deux parties.

PRINCIPES RÉGISSANT LES DEMANDES D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES ET PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNITÉS

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

- Expliquer aux demandeurs les différentes indemnités d'accident auxquelles ils peuvent prétendre en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* et les informer des procédures à suivre et des documents à remplir pour faire une demande d'indemnisation. Sur demande, l'assureur doit fournir gratuitement aux demandeurs ayant droit à des indemnités un exemplaire de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

- Fournir aux demandeurs l'ensemble des documents de demande d'indemnisation et toute autre formule requise et les aider à les remplir.

- Chercher des renseignements complémentaires pertinents par le moyen des demandes spécifiques auprès des demandeurs.

- S'assurer que tous les renseignements requis des demandeurs et des tiers le sont dans le but de déterminer les indemnités auxquelles les demandeurs peuvent être admissibles.

- Traiter toutes les demandes d'indemnisation de manière juste et équitable.

- Informer les demandeurs de toute décision prise à l'égard de leur demande d'indemnisation en leur fournissant des motifs et veiller à ce qu'ils perçoivent leurs indemnités dans les délais indiqués dans l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

- Défrayer les coûts raisonnables des mesures prises pour réduire ou éliminer les effets de toute invalidité due aux séquelles des accidents subi par les demandeurs et les aider à se réinsérer dans leur milieu familial et social ainsi que sur le marché du travail.

- Coopérer avec les représentants désignés ou retenus par les demandeurs pour les aider à formuler leurs demandes.

- S'assurer que les avis aux demandeurs sont communiqués par écrit d'une manière claire.

- S'assurer que les évaluations et les examens des demandeurs, tels qu'exigés par l'assureur, visent à obtenir des renseignements nécessaires.

- S'assurer que les personnes chargées par l'assureur d'examiner les demandeurs ou d'évaluer leurs cas les convoquent en tenant compte de leurs disponibilités, de manière à minimiser les inconvénients pour ceux-ci.

OBLIGATIONS DES DEMANDEURS

- Remplir toutes les formules dans les meilleurs délais. En vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, les demandes d'indemnités doivent être soumises dans les 30 jours de la réception des formules de l'assureur.
- Fournir à l'assureur tous les renseignements pertinents et raisonnablement demandés pour vérifier qu'ils ont droit aux indemnités, dont une déclaration solennelle portant sur les circonstances qui ont donné lieu à la demande d'indemnités d'accident.
- Fournir des renseignements exacts et véridiques.
- Si, afin d'évaluer leurs demandes d'indemnites, l'assureur a besoin de renseignements provenant des tiers, autoriser ceux-ci à les lui fournir.
- Présenter un plan de traitement avant d'engager des dépenses pour des soins médicaux ou de réadaptation.
- Accepter les traitements prescrits et participer aux thérapies de réadaptation destinés à leur permettre de retourner au travail, de postuler un emploi ou de réduire la période d'invalidité.
- Coopérer avec les représentants désignés ou retenus par l'assureur pour l'aider à évaluer la demande d'indemnisation.
- Aviser dans les meilleurs délais l'assureur de tout changement significatif de circonstances susceptible de modifier leur admissibilités aux prestations (un délai de quatorze jours est prévu par la *Loi sur les assurances*).
- Se soumettre aux évaluations et aux examens exigés par l'assureur et justifiés aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, y compris ceux effectués dans des centres d'évaluation désignés.
- En cas d'empêchement, aviser l'assureur et les personnes chargées de l'examen ou de l'évaluation que le rendez-vous fixé ne pourra être respecté et en donner les raisons (délai de deux jours dans des circonstances normales).
- Fournir à toute personne habilitée à les examiner ou à évaluer leur cas en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* les renseignements dont cette personne a raisonnablement besoin dans le cadre de sa consultation et autoriser, s'il y a lieu, des tiers à fournir des renseignements complémentaires.
- Autoriser les personnes habilitées à les examiner en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* à rédiger un rapport et à l'envoyer à votre assureur.

PRINCIPES RÉGISSANT LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

A) Obligations des demandeurs qui désirent recourir aux services de médiation :

- avoir préalablement rempli une demande d'indemnisation au préalable ainsi que toutes les autres formules requises et les avoir soumis à leur assureur;
- s'être soumis à tout examen ou évaluation exigible en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* et avoir fourni tous les renseignements nécessaires à ces fins.

B) Obligations des assureurs et des demandeurs qui désirent recourir aux services de médiation de la Commission des assurances de l'Ontario :

- éclaircir les faits;
- déterminer les questions en litige conformément aux vues des deux parties;
- engager des discussions et organiser un échange de documents dans un délai raisonnable;
- déployer des efforts raisonnables pour régler le différend.

C) Autres obligations des demandeurs :

- participer personnellement à la procédure de médiation et assurer leur coopération.

DIRECTIVE CONCERNANT LES DEMANDES D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES ET LES PROCÉDURES DE DEMANDE D'INDEMNITÉS ET DE MÉDIATION

La présente directive est émise en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Cette directive vise à clarifier les droits et obligations des assureurs et des demandeurs en ce qui a trait aux indemnités d'accident légales. Fondamentalement, l'assureur et la personne assurée (désignée demandeur dans la présente directive) doivent agir en toute bonne foi dans leurs démarches respectives de demande et de traitement de la demande. Il est en outre essentiel que les deux parties fournissent tous les renseignements requis dans les délais voulus.

Les renseignements exigés par l'assureur doivent toutefois se rapporter à la demande. Les demandeurs doivent, pour leur part, fournir à l'assureur tous les renseignements dont il a besoin pour déterminer la nature et l'importance de la demande ainsi que la période de validité de celle-ci. Les demandeurs ne doivent taire aucune information ni ralentir, compliquer ou empêcher l'évaluation de la demande d'indemnisation par l'assureur. Les sections intitulées « Principes régissant les demandes d'indemnités d'accident légales et procédure de demande d'indemnités » et « Principes régissant la procédure de médiation » définissent les droits et les obligations des deux parties. La présente directive s'applique à tous les assureurs et demandeurs ainsi qu'à leurs représentants respectifs et doit être prise en considération lors de toute décision nécessitant une interprétation de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

Les demandeurs doivent prendre acte du fait qu'un comportement déraisonnable de leur part peut retarder le versement des indemnités ou les priver de leurs droits à l'égard de celles-ci sans aucun recours en justice ou possibilité d'arbitrage.

L'assureur doit prendre acte du fait qu'un comportement déraisonnable de sa part est passible des sanctions prévues au paragraphe 282(10) de la *Loi sur les assurances* au titre des pratiques déloyales.

Conformément au Bulletin n° A-12/96 de la CAO, cette directive s'applique à la Loi 164 - accidents survenus après le 31 décembre 1993 et avant le 1er novembre 1996.

PRINCIPES RÉGISSANT LES DEMANDES D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES ET PROCÉDURE DE DEMANDE D'INDEMNITÉS

OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

- Expliquer aux demandeurs les différentes indemnités d'accident auxquelles ils peuvent prétendre en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* et les informer des procédures à suivre et des documents à remplir pour faire une demande d'indemnisation. Sur simple demande, l'assureur doit fournir gratuitement aux demandeurs ayant droit à des indemnités un exemplaire de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

- Fournir aux demandeurs l'ensemble des documents de demande d'indemnisation et toute autre formule requise et les aider à les remplir.

- Chercher des renseignements complémentaires pertinents par le moyen des demandes specifiques auprés des demandeurs.

- S'assurer que tous les renseignements requis des demandeurs et de tiers le sont dans le but de déterminer les indemnités auxquelles les demandeurs peuvent être admissibles.

- Traiter toutes les demandes d'indemnisation de manière juste et rapide.

- Informer les demandeurs de toute décision prise à l'égard de leur demande d'indemnisation en leur fournissant des motifs et veiller à ce qu'ils perçoivent leurs indemnités dans les délais indiqués dans l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

- Défrayer les coûts raisonnables des mesures prises pour réduire ou éliminer les effets de toute invalidité due aux séquelles des accidents subis par les demandeurs et les aider à se réinsérer dans leur milieu familial et social ainsi que sur le marché du travail.

- Coopérer avec les représentants désignés ou retenus par les demandeurs pour les aider à formuler leurs demandes.

- S'assurer que les avis aux demandeurs sont communiqués par écrit d'une manière claire.

- S'assurer que les évaluations et les examens, des demandeurs, tels qu'exigés par l'assureur, visent à obtenir des renseignements nécessaires.

- S'assurer que les personnes chargées par l'assureur d'examiner les demandeurs ou d'évaluer leurs cas les convoquent en tenant compte de leurs disponibilités, de manière à minimiser les inconvénients pour ceux-ci.

OBLIGATIONS DES DEMANDEURS

- Remplir toutes les formules dans les meilleurs délais.
- Fournir à l'assureur tous les renseignements pertinents et raisonnablement demandés pour vérifier qu'ils ont droit aux indemnités.
- Fournir des renseignements exacts et véridiques.
- Si, afin d'évaluer leurs demandes d'indemnites, l'assureur a besoin de renseignements provenant des tiers, autoriser ceux-ci à les lui fournir.
- Accepter les traitements prescrits et participer aux thérapies de réadaptation destinés à leur permettre de retourner au travail, de postuler un emploi ou de réduire la période d'invalidité.
- Coopérer avec les représentants désignés ou retenus par l'assureur pour l'aider à évaluer la demande d'indemnisation.
- Aviser dans les meilleurs délais l'assureur de tout changement de situation susceptible de modifier leur admissibilité aux prestations (délai de quatorze jours dans des circonstances normales).
- Se soumettre aux évaluations et aux examens exigés par l'assureur et justifiés aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, y compris ceux effectués dans des centres d'évaluation désignés.
- En cas d'empêchement, aviser l'assureur et les personnes chargées de l'examen ou de l'évaluation que le rendez-vous fixé ne pourra être respecté et en donner les raisons (délai de deux jours dans des circonstances normales).
- Fournir à toute personne habilitée à les examiner ou à évaluer leur cas en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* les renseignements dont cette personne a raisonnablement besoin dans le cadre de sa consultation et autoriser, s'il y a lieu, des tiers à fournir des renseignements complémentaires.
- Autoriser les personnes habilitées à les examiner en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* à rédiger un rapport et à l'envoyer à l'assureur.

PRINCIPES RÉGISSANT LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

A) Obligations des demandeurs qui désirent recourir aux services de médiation :

- avoir rempli une demande d'indemnisation ainsi que toutes les autres formules requises;
- s'être soumis à tout examen ou évaluation exigible en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* et avoir fourni tous les renseignements nécessaires à ces fins.

B) Obligations des assureurs et des demandeurs qui désirent recourir aux services de médiation de la Commission des assurances de l'Ontario :

- éclaircir établir les faits;
- déterminer les questions en litige conformément aux vues des deux parties;
- engager des discussions et organiser un échange de documents dans un délai raisonnable;
- déployer des efforts raisonnables pour aboutir régler du différend.

C) Autres obligations des demandeurs :

- participer personnellement à la procédure de médiation.

DIRECTIVE RELATIVE AU CHOIX DU CENTRE D'ÉVALUATION DÉSIGNÉ LE PLUS PROCHE

La présente directive est émise conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Cette directive a pour but d'aider les assureurs et les demandeurs à prendre des arrangements pour que des évaluations soient effectuées dans les centres d'évaluation désignés (CED) dans les plus brefs délais possibles et de régler des questions d'interprétation et d'application concernant le choix du CED le plus proche du domicile de la personne assurée.

En vertu des articles 39, 45, 50 et 64 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, lorsqu'une évaluation est demandée, elle est effectuée par le CED • qui est situé le plus proche de l'endroit où se trouve la personne assurée • et qui est autorisé à évaluer les déficiences du type de celle dont souffre cette personne.

On s'attend à ce que les CED procèdent promptement à l'évaluation. À cette fin, le comité consultatif sur les indemnites d'accident a émis les trois directives suivantes : *La Directive concernant les Centres désignés d'évaluation des soins médicaux et de réadaptation, la Directive concernant les Centres désignés d'évaluation d'invalidité, et la Directive concernant les Centres désignés d'évaluation des services de soins auxiliaires.* Ces directives prévoient un délai de 14 jours pour l'admission du dossier dans la procédure d'évaluation une fois que le dossier complet d'aiguillage est reçu. À l'étape de l'admission, l'on prend les rendez-vous avec les évaluateurs. Cette norme permet aux assureurs et aux demandeurs d'obtenir un avis sur l'invalidité ou sur des traitements et services le plus rapidement possible.

Toutefois, il se peut que les CED ne soient pas toujours en mesure de s'occuper des aiguillages au cours de la période de 14 jours fixée par le Comité consultatif sur les indemnités d'accidents, en raison du volume de travail, des congés des employés et d'autres engagements. Dans ces cas, les assureurs et les personnes assurées doivent interpréter l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* de la façon suivante : l'évaluation doit être effectuée par le deuxième CED le plus proche du domicile du demandeur et qui peut s'occuper du cas des parties dans les 14 jours de la réception du dossier complet d'aiguillage.

Lorsqu'un CED ne peut respecter le délai de 14 jours, il doit en aviser l'assureur et confirmer ce fait par écrit afin que le CED qui est le prochain en distance puisse être informé de la situation sans tarder.

Conformément au Bulletin n° A-12/96 de la CAO, cette directive s'applique à la Loi 164 – accidents survenus après le 31 décembre 1993 et avant le 1er novembre 1996.

DIRECTIVE CONCERNANT L'IDENTIFICATION DES ÉTUDIANTS ADMISSIBLES À L'INDEMNITÉ D'ÉTUDIANT SANS REVENU D'EMPLOI (LOI 59)

La présente directive est émise en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Cette directive s'applique aux accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour et doit être prise en considération pour déterminer si une personne assurée a droit à l'indemnité de personne sans revenu d'emploi en tant qu'étudiant(e) ou personne ayant terminé ses études depuis peu au moment de l'accident.

Aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, une personne peut avoir droit à des indemnités de personne sans revenu d'emploi si au moment de l'accident :

1. elle était inscrite à un programme d'études élémentaires à temps plein;
2. elle était inscrite à un programme d'études secondaires à temps plein;
3. elle était inscrite à un programme d'études post-secondaires à temps plein;
4. elle avait terminé ses études à l'intérieur d'une période d'un an avant l'accident.

Études élémentaires — Comprennent le jardin d'enfants jusqu'à la huitième année dans les écoles publiques, dans les écoles séparées, ou dans les écoles privées de niveau équivalent, selon l'approbation du ministre responsable de l'éducation, ou un palier d'études comparable dans d'autres territoires approuvées par une autorité comparable.

Études secondaires — Comprennent les années d'études allant de la neuvième à la treizième ou l'équivalent, dans une école qui relève d'un conseil d'écoles publiques ou séparées ou dans une école privée de niveau équivalent, selon l'approbation du ministre responsable de l'éducation, ou un palier d'études comparable dans d'autres territoires approuvées par une autorité comparable.

Études post-secondaires Comprennent les programmes d'études dans les collèges communautaires, les universités et les établissements équivalents approuvés par le ministre responsable de l'éducation ou les programmes d'études dans des établissements d'autres territoires approuvés par une autorité comparable.

Une personne est admissible à des indemnités de personne sans revenu d'emploi même si l'accident s'est produit au moment où elle n'aurait pas été normalement en classe.

Études terminées On entend par là que la personne assurée a terminé avec succès ses études ou un programme d'études qu'elle avait entrepris (études élémentaires, secondaires ou postsecondaires) ou que la personne assurée a quitté l'école sans avoir l'intention d'y retourner.

Choix

Dans certains cas, une personne peut être admissible à plus d'une indemnité hebdomadaire. La personne doit alors faire un choix en vertu de l'article 36 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

DIRECTIVE RELATIVE À L'IDENTIFICATION DES PERSONNES ADMISSIBLES À DES INDEMNITÉS POUR INCAPACITÉ À POURSUIVRE DES ÉTUDES

Directive du commissaire n° 4/95

La présente directive est émise en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Il faut tenir compte de cette directive au moment de déterminer si une personne a droit à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études.

Aux fins de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, une personne peut avoir droit à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si elle répond à l'un des critères suivants :

1. elle était d'âge préscolaire au moment de l'accident et elle manque une année scolaire en raison de l'invalidité dont elle souffre toujours;
2. elle était inscrite à un programme d'études de palier élémentaire à temps plein;
3. elle était inscrite à un programme d'études de palier secondaire à temps plein;
4. elle était inscrite à un programme d'études de palier post-secondaire à temps plein;
5. elle a terminé ses études à l'intérieur d'une période d'un an avant l'accident.

DÉFINITIONS

Palier élémentaire	Comprend le jardin d'enfants jusqu'à la huitième année dans les écoles publiques, dans les écoles séparées, ou dans les écoles privées de niveau équivalent, selon l'approbation du ministre responsable de l'éducation, ou dans les écoles des autres territoires approuvées par une autorité comparable.
Palier secondaire	Comprend les années d'études allant de la neuvième à la treizième ou l'équivalent, dans une école qui relève d'un conseil d'écoles secondaires ou dans une école privée de niveau équivalent, selon l'approbation du ministre responsable de l'éducation, ou dans les écoles des autres territoires approuvées par une autorité comparable.

Conformément au Bulletin n° A-12/96 de la CAO, cette directive s'applique à la Loi 164 – accidents survenus après le 31 décembre 1993 et avant le 1er novembre 1996.

Palier post-secondaire	Comprend les programmes d'études dans les collèges communautaires, les universités et les établissements équivalents approuvés par le ministre responsable de l'éducation ou les programmes dans des établissements d'autres territoires approuvés par une autorité comparable.

SITUATIONS TYPES

1. ÂGE PRÉSCOLAIRE

Il s'agit normalement d'enfants qui ont moins de cinq ans au moment de l'accident. Ils ne sont pas admissibles à des indemnités pour incapacité à poursuivre des études au moment de l'accident d'automobile.

L'enfant est admissible à des indemnités forfaitaires à l'âge où il aurait normalement commencé à fréquenter l'école élémentaire, à la condition que la déficience résultant de l'accident l'empêche de terminer l'année scolaire avec succès.

2. PALIER ÉLÉMENTAIRE

Aux fins de l'Annexe, une personne est admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si elle est inscrite à une école offrant un programme d'études de palier élémentaire et qu'elle la fréquente.

Une personne est également admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si l'accident d'automobile s'est produit à un moment où l'école offrant le programme d'études n'est normalement pas fréquentée.

3. PALIER SECONDAIRE

Aux fins de l'Annexe, une personne est admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si elle est inscrite à une école offrant un programme d'études de palier secondaire et qu'elle la fréquente.

Une personne est également admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si l'accident d'automobile s'est produit à un moment où l'école offrant le programme d'études n'est normalement pas fréquentée.

4. PALIER POST-SECONDAIRE

Aux fins de l'Annexe, une personne est admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si elle est acceptée ou inscrite à un établissement d'enseignement offrant un programme d'études de palier postsecondaire.

Une personne est également admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si l'accident d'automobile s'est produit à un moment où elle n'assiste normalement pas à des cours.

L'étudiant ou l'étudiante qui fait partie d'un programme d'enseignement coopératif et qui travaille au moment de l'accident est également admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études.

5. Études terminées

Une personne est admissible à des indemnités pour incapacité à poursuivre ses études si elle avait terminé ses études à l'intérieur d'une période d'un an avant l'accident d'automobile et qu'elle est sans emploi ou qu'elle n'occupe pas un emploi correspondant à ses études et à sa formation.

Une personne qui a quitté l'école est aussi admissible à des indemnités hebdomadaires pour incapacité à poursuivre ses études si ce départ s'est produit à l'intérieur d'une période d'un an avant l'accident.

Choix

Dans certains cas, une personne peut être admissible à l'indemnité pour incapacité à poursuivre ses études ainsi qu'à une autre indemnité hebdomadaire. La personne doit alors faire un choix en vertu de l'article 61.

DIRECTIVE CONCERNANT LA GESTION DES DEMANDES PORTANT SUR DES TROUBLES ASSOCIÉS À L'ENTORSE CERVICALE

La présente directive est émise conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*.

Cette directive s'applique à tous les accidents survenus depuis le 1er janvier 1994, y compris les accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour. Elle vise à aider les assureurs, les demandeurs et les fournisseurs à comprendre ce que constituent des frais médicaux et de réadaptation raisonnables pour une personne qui souffre de troubles associés à l'entorse cervicale à la suite d'un accident d'automobile. L'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* exige que les assureurs paient tous les frais médicaux et de réadaptation raisonnables engagés par les demandeurs ou pour leur compte si ces derniers souffrent d'une déficience à la suite d'un accident d'automobile.

DES DONNÉES EXPLICATIVES

La Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) est l'assureur automobile public de la province de Québec. À la demande de la SAAQ, un groupe de travail sur les troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC) a été mis sur pied et a soumis son rapport au début de 1995. Ce rapport renferme des recommandations précises concernant la prévention, le diagnostic et le traitement des TAEC. Il comporte également une proposition pour le classement des TAEC et des directives relatives à la prise en charge des patients. La *Directive relative à la gestion des demandes de règlement portant sur des troubles associés à l'entorse cervicale* est fondée sur les recommandations du groupe de travail québécois.

Le rapport du groupe de travail intitulé *Redéfinir le « whiplash » et sa prise en charge* a été publié en supplément au numéro de mai 1995 de la revue *Le Médecin du Québec*. Vous pouvez en obtenir la version intégrale auprès de la SAAQ.

DÉFINITIONS

Le groupe de travail québécois a défini le « **whiplash** » comme étant un mécanisme de transfert d'énergie au cou, par accélération-décélération, qui peut résulter d'un impact arrière ou latéral, surtout lors de collision de véhicules à moteur, mais aussi lors de plongeon, ou en d'autres mesaventures. Le transfert d'énergie peut provoquer des blessures osseuses ou des blessures des tissus mous (entorse cervicale), qui à leur tour peuvent

entraîner une grande variété de manifestations cliniques (troubles associés à l'entorse cervicale).

Le terme **troubles associés à l'entorse cervicale (TAEC)** a été adopté par le groupe de travail québécois pour décrire les entités cliniques associées au transfert d'énergie et à la blessure.

Guide de prise en charge des cas de TAEC

Les assureurs doivent inciter les praticiens à utiliser la *Classification québécoise des troubles associés à l'entorse cervicale* (tableau 1) pour la préparation de leurs rapports.

Le tableau 2 fournit, en forme d'une graphique d'évolution, un guide pour la prise en charge des cas de TAEC. On encourage fortement les assureurs à se servir de ce tableau et des définitions opérationnelles qui l'accompagnent. Il faut garder à l'esprit que ce tableau ne sert que guide pour évaluer la gestion clinique des personnes qui ont des TAEC et qui ne souffrent d'aucune autre blessure. L'objectif principal est d'éviter que les cas deviennent chroniques. On s'entend pour dire que lorsque des personnes sont invalides pendant six mois ou plus, il s'agit de cas chroniques.

Selon le tableau 2, les patients souffrant de TAEC de stade I dont l'invalidité est non résolue auraient une consultation avec un ou une spécialiste à la troisième semaine et une évaluation pluridisciplinaire après six semaines. Pour ceux de stade II ou III, la consultation avec un ou une spécialiste aurait lieu à la sixième semaine et l'évaluation pluridisciplinaire à la douzième semaine. Les patients souffrant de TAEC de stade I dont les problèmes persistent doivent être réévalués après sept jours et ceux de stade II ou III qui n'ont pas repris leurs activités habituelles après trois semaines doivent aussi être réévalués.

Traitement des TAEC

Le groupe de travail québécois a constaté que la plupart des interventions thérapeutiques dont les patients souffrant de TAEC font actuellement l'objet n'ont pas été évaluées avec une grande rigueur scientifique. Dans le cas des interventions qui l'ont été, on constate qu'il y a très peu de preuves de leur efficacité. En règle générale, les interventions visant à encourager l'activité telle que la mobilisation, la manipulation et les exercices combinés à des analgésiques ou certains médicaments anti-inflammatoires sont efficaces pendant une période limitée. Les assureurs doivent surveiller de près les cas dont le traitement est prolongé et pour lesquels l'activité est contre-indiquée.

Il faut se méfier lorsque le praticien ne préconise pas la reprise des activités habituelles dans un bref délai. La reprise immédiate des activités habituelles

est recommandée pour les cas de TAEC de stade I sans restriction sur le plan du travail. Pour les cas de stade II ou III, il faut inciter les patients à reprendre leurs activités habituelles dès que possible, généralement en moins d'une semaine pour les cas de TAEC de stade II. Il peut être nécessaire de procéder à des modifications sur le plan du travail pour les cas de stade II ou III. Toutefois, ceux-ci doivent être temporaires sauf lorsqu'il y a des circonstances cliniques inhabituelles ou que le milieu de travail est atypique. Les modifications touchant le travail doivent être réévaluées dans les trois semaines.

Le tableau 3 constitue un sommaire des recommandations du groupe de travail québécois concernant le traitement des patients souffrant de TAEC. Ce tableau pourra servir de guide aux assureurs lors de l'évaluation des programmes de traitement.

TABLEAU 1

LA CLASSIFICATION QUÉBÉCOISE DES TROUBLES ASSOCIÉS À L'ENTORSE CERVICALE

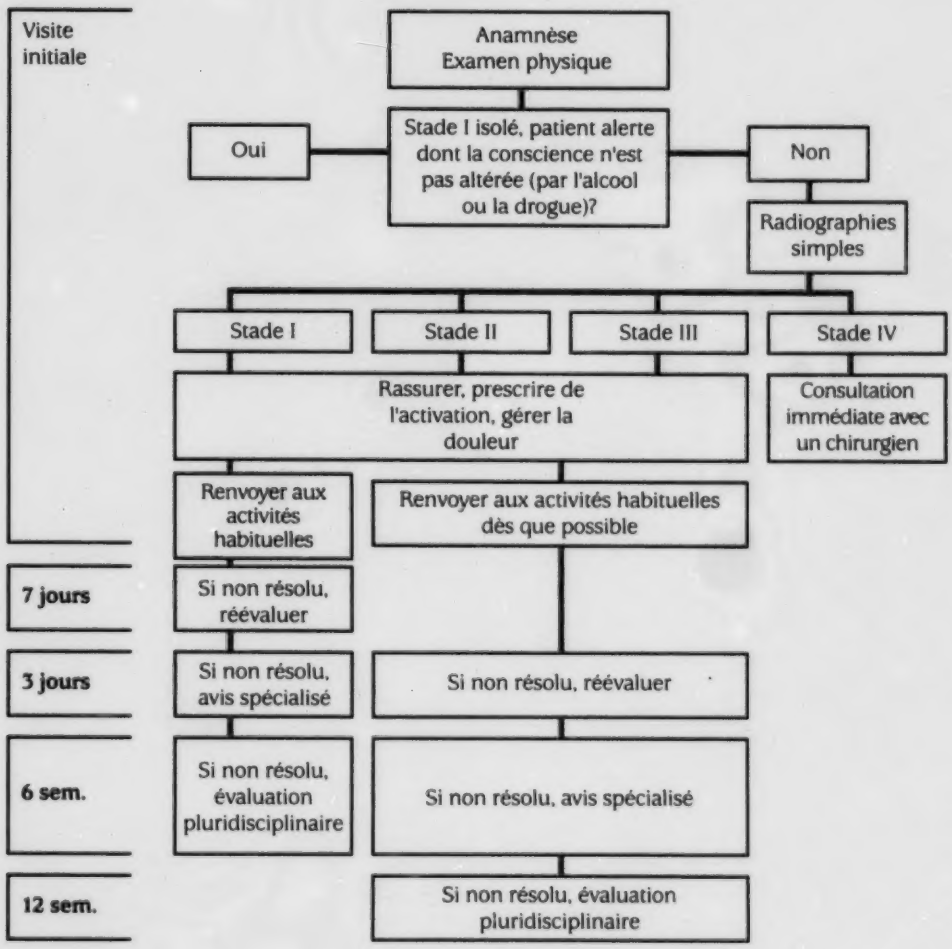
Stade	Présentation clinique
I	Plainte de douleur, de raideur ou de sensibilité du cou seulement Aucun signe clinique
II	Plainte au niveau du cou **ET** Signe(s) clinique(s) musculosquelettique(s) comprenant la réduction de l'amplitude des mouvements et la sensibilité à l'examen palpataire
III	Plainte au niveau du cou **ET** Signe(s) clinique(s) neurologique(s) comprenant la diminution ou l'ablation des réflexes ostéotendineux, la faiblesse musculaire et les déficits sensitifs
IV[1]	Plainte au niveau du cou **ET** Fracture ou dislocation

Les symptômes et troubles qui peuvent se manifester à tous les stades comportent la surdité, le vertige, l'acouphène, la céphalée, les pertes de mémoire, la dysphagie et les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire

[1] Les blessures de stade IV ne sont pas considérées comme étant des TAEC

TABLEAU 2

GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AYANT DES TROUBLES ASSOCIÉS À L'ENTORSE CERVICALE



DÉFINITIONS OPÉRATIONNELLES

Isolé	Non associé à d'autres blessures.
Équipe pluridisciplinaire	Professionnels de la santé ayant eu une formation formelle approfondie sur les troubles musculosquelettiques, l'évaluation psychosociale et autres spécialités.
Prescrire de l'activation	Les interventions de mobilisation doivent se concentrer sur la promotion de l'activation. Les exercices d'amplitudes de mouvement doivent être mis en œuvre. Les techniques qui favorisent la mobilité de la colonne cervicale peuvent être utilisées mais doivent être appliquées par du personnel qualifié. Les interventions qui entravent la mobilisation active du cou ne sont pas indiquées.
Rassurer	Il faut rassurer les patients quant au caractère bénin et d'évolution limitée de la plupart des TAEC et les encourager à reprendre leurs activités habituelles dès que possible.
Retour aux activités habituelles	Il faut conseiller aux patients de reprendre leurs activités quotidiennes dès que possible (habituellement immédiatement pour le stade I). Il faut expliquer aux patients que les activités habituelles peuvent être temporairement douloureuses mais ne sont pas nuisibles dans les TAEC.
Avis spéciaux	Consultation avec un professionnel de la santé ayant eu une formation formelle approfondie sur la prise en charge des TAEC.
Non résolu	Incapable de reprendre les activités habituelles. Un patient qui a toujours une douleur ou une limitation résiduelle de l'amplitude des mouvements mais qui est capable de reprendre le travail et les autres activités habituelles doit être considéré comme un cas résolu.

TABLEAU 3

GUIDE DE TRAITEMENT DES TROUBLES ASSOCIÉS À L'ENTORSE CERVICALE

Traitement	Recommandation
IMMOBILISATION	
Colliers :	Les colliers ne devraient pas être prescrits pour des TAEC de stade I. S'ils sont prescrits aux stades II et III, ils devraient être limités à un maximum de 72 heures puisqu'ils incitent à l'inactivité et entrainent une récupération plus longue.
Prescription de repos :	Le repos ne devrait pas être prescrit pour les TAEC de stade I. Le repos de plus de 4 jours ne devrait pas être prescrit pour les TAEC de stade II. Le repos prolongé peut nuire à la récupération.
Oreillers cervicaux :	Les oreillers cervicaux ne sont pas nécessaires.
ACTIVATION	
Manipulation :	La manipulation peut être utilisée à court terme pour les TAEC. Cette technique ne devrait être appliquée que par des praticiens qualifiés.
Mobilisation :	La mobilisation peut être utilisée pour les TAEC.
Exercice :	Les exercices d'amplitude de mouvement devraient être mis en œuvre immédiatement, en combinaison, si nécessaire, avec des périodes de repos quand la douleur est majeure. Le jugement clinique est crucial si les symptômes sont accentués.
Conseils posturaux :	Les conseils posturaux peuvent être donnés pour les TAEC en combinaison avec l'activation.

Traitement	Recommandation
Étirement et pulvérisation :	L'étirement et la pulvérisation ne sont pas recommandés.
Traction :	Un traitement par traction peut être utilisé en combinaison avec d'autres interventions de mobilisation pour les TAEC.
MODALITÉS PASSIVES/ÉLECTROTHÉRAPIES	
Chaleur, glace, massage, TENS[1], PEMT[2], stimulation électrique, ultrason, laser, diathermie à ondes courtes :	La PEMT n'est pas recommandée pour les TAEC de stade I, car elle implique de porter un collier souple 8 h/jour pendant 12 semaines. Les autres modalités passives/électrothérapies, administrées par un professionnel de la santé, peuvent être pour les TAEC aux stades II et III des compléments optionnels à des interventions d'activation pendant les trois premières semaines, en insistant sur le retour aux activités habituelles dès que possible.
TRAITEMENT CHIRURGICAL	Il n'y a aucune indication d'intervention chirurgicale pour les TAEC aux stades I ou II. La chirurgie est à restreindre aux rares TAEC de stade III qui ont une brachialgie persistante qui ne répond pas à une prise en charge conservatrice, ou qui ont un déficit neurologique progressant rapidement.
INJECTIONS	
Injections de stéroïdes :	Pour le traitement des TAEC, l'injection intraarticulaire de stéroïdes ne peut être recommandée. Il n'existe aucune raison pour motiver un practicien de prescrire ce genre de traitement. Des practiciens devraient déconseiller l'usage des colliers magnétiques. Les injections épidurales de stéroïdes ne devraient pas être utilisées aux stades I et II. Occasionnellement, un stade III ayant une douleur radiculaire non résolue de moins d'un mois pourrait bénéficier d'injections épidurales de corticostéroïdes. Il n'y a pas

[1] Neurostimulation transcutanée

[2] Traitement par pulsations électromagnétiques

Traitement	Recommandation
	d'indication d'injection de stéroïdes aux points de gâchettes dans la phase aiguë (3 premières semaines). Parce qu'il a été remarqué que l'usage répété de stéroïdes entraîne des effets secondaires nocifs, les injections de stéroïdes aux points de gâchettes ne devraient pas être utilisées à moins que leur bénéfice pour les TAEC ne soit démontré.
Injection d'eau stérile :	L'injection sous-cutanée d'eau stérile au niveau des points de gâchettes peut être utilisée pour les TAEC de stade II, quand les points de gâchettes existent, comme complément optionnel des interactions aux activités en insistant sur le retour aux activités habituelles.
PHARMACOLOGIE :	Aucun médicament ne devrait être prescrit pour le stade I. Les analgésiques non-narcotiques et les AINS[3] peuvent être utilisés pour soulager la douleur à court terme pour les stades II et III. Leur utilisation ne devrait pas se poursuivre au-delà de 3 semaines. Les analgésiques narcotiques ne devraient pas être prescrits aux stades I et II. Occasionnellement, ils peuvent être prescrits pour soulager la douleur dans les cas gravès en stade III à la phase aiguë, mais seulement pour une courte période. En général, les myorelaxants ne doivent pas être utilisés dans la phase aiguë des TAEC. Les médicaments psychopharmacologiques ne sont pas recommandés de manière routinière pour les TAEC; ils peuvent être utilisés occasionnellement pour les symptômes tels que : l'insomnie ou le stress, comme complément d'intervention d'activation pendant les premiers mois. Pour la douleur chronique des TAEC (plus de 3 mois), les tranquillisants mineurs et les antidépresseurs peuvent être utilisés.

[3] Anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'aspirine ou l'acétaminophène

Traitement	Recommandation
INTERVENTIONS DIVERSES (PRESCRITES FORMELLEMENT)	
Fonction prescrite, école de rééducation du cou, modification du travail, techniques de relaxation, acupuncture :	La fonction prescrite, c'est-à-dire le retour **immédiat** aux activités habituelles, est recommandée pour le stade I. L'école de rééducation du cou, les modifications du travail et les techniques de relaxation ne sont pas indiquées pour les stades I. Pour les stades II et III, la fonction prescrite, c'est-à-dire le retour aux activités habituelles, est encouragée dès que possible. L'école de rééducation du cou, les modifications temporaires du travail, les techniques de relaxation et l'acupuncture sont des compléments, pour les symptômes qui durent plus de 3 semaines dans le cas des stades II et III.
AUTRES INTERVENTIONS (NON PRESCRITES FORMELLEMENT)	
Collier magnétique, techniques de relaxation, crèmes topiques, tisanes et remèdes homéopatiques, médicaments sans ordonnances, réflexologie :	Il n'y a pas de raison pour qu'un praticien prescrive un de ces traitements. De plus, le praticien devrait recommander de ne pas utiliser le collier magnétique.

DIRECTIVE CONCERNANT L'INDEMNITÉ OPTIONNELLE D'INDEXATION

La présente directive est émise en vertu de l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* et s'applique aux accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour.

OBJECTIF

Cette directive renferme les procédures et les formules relatives à l'indexation dont on fait mention à l'article 29 de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour.*

PORTÉE GÉNÉRALE

La présente directive s'applique à toute personne assurée nommément désignée qui s'est procuré l'indemnité optionnelle d'indexation, à son/sa conjoint(e), aux personnes à sa charge et à toute personne qui est nommément désignée en tant que conducteur/conductrice dans la police.

L'indexation s'applique aux limites pécuniaires et aux montants maximums suivants :

1) le montant hebdomadaire de toute indemnité de remplacement de revenu
2) le montant hebdomadaire de toute indemnité de personne sans revenu d'emploi
3) les limites pécuniaires hebdomadaires de l'indemnité de remplacement de revenu
4) les limites pécuniaires hebdomadaires de l'indemnité de soignant
5) les limites pécuniaires mensuelles de l'indemnité de soins auxiliaires
6) le solde des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation
7) le solde de l'indemnité de soins auxiliaires
8) le solde des indemnités pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires à l'intention des personnes qui ont droit aux indemnités optionnelles accrues pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires

Les montants d'indemnité et les limites pécuniaires sont indexés le 1er janvier de chaque année qui suit immédiatement l'accident.

POURCENTAGE D'INDEXATION

Le pourcentage d'indexation est le pourcentage de variation de l'Indice des prix à la consommation pour le Canada (ensemble des composantes), publié par Statistique Canada en vertu de la *Loi sur la statistique* (Canada), pour la

période allant du mois de septembre de l'année antérieure à l'année précédente jusqu'au mois de septembre de l'année précédente.

La Commission des assurances de l'Ontario fera connaître le pourcentage d'indexation pour le 1er janvier 1997 dès qu'il sera disponible.

Indexation de l'indemnité de remplacement de revenu et de l'indemnité de personne sans revenu d'emploi

On utilise le pourcentage d'indexation du 1er janvier de l'année qui suit immédiatement l'accident pour rajuster le montant hebdomadaire de l'indemnité de remplacement de revenu d'une personne (80 % du revenu net) et la limite pécuniaire applicable (400 $, 600 $, 800 $ ou 1 000 $, le cas échéant). Au cours de chaque année ultérieure, l'indemnité hebdomadaire et la limite pécuniaire de l'année précédente sont rajustés. On procède à l'indexation avant de tenir compte de tout revenu de source accessoire.

De même, pour ce qui est de l'indemnité de personne sans revenu d'emploi, les indemnités maximales (185 $ et 320 $, selon les cas) sont rajustées à l'aide du pourcentage d'indexation le 1er janvier de l'année qui suit immédiatement l'accident. Au cours de chaque année ultérieure, le montant maximum de l'année précédente est rajusté. On procède à l'indexation avant de tenir compte de tout revenu de source accessoire.

Indexation des limites hebdomadaires de l'indemnité de soignant et des limites mensuelles de l'indemnité de soins auxiliaires

Le pourcentage d'indexation est appliqué aux limites pécuniaires de l'indemnité de soignant et de l'indemnité de soins auxiliaires le 1er janvier de l'année qui suit immédiatement l'accident. Au cours de chaque année ultérieure, les limites de l'année précédente sont rajustées.

L'indexation est effectuée à l'aide de la formule suivante :

A = B x (1+(C÷100)) où :
A = le nouveau montant (soit la nouvelle limite pécuniaire ou la nouvelle indemnité hebdomadaire)
B = le montant de l'année précédente
C = le pourcentage d'indexation

Indexation des limites des indemnités pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires

Les soldes des indemnités pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires sont indexés le 1er janvier de chaque année qui suit immédiatement l'accident. On procède à l'indexation à l'aide d'une méthode d'amortissement dégressif.

Les frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires engagés jusqu'au 31 décembre de l'année sont soustraits de la limite que la personne assurée peut recevoir cette année-là pour chaque indemnité. Le pourcentage d'indexation est appliqué au solde (soit la portion non utilisée). Les montants indexés deviennent les nouvelles limites que la personne assurée peut recevoir au cours de l'année. L'indexation à l'aide de la méthode d'amortissement dégressif s'applique à chacun des montants suivants :

1) la limite combinée des indemnités pour frais médicaux et de réadaptation
2) la limite de l'indemnité de soins auxiliaires
3) la limite combinée des indemnités pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires si l'on s'est procuré les indemnités optionnelles pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires.

Il faut se servir de la formule suivante pour l'indexation selon la méthode d'amortissement dégressif :

A = (B-C) x (1+(D+100) où :

A = la nouvelle limite pécuniaire (soit la nouvelle limite des indemnités pour frais médicaux, de réadaptation ou des soins auxiliaires ou la nouvelle limite combinée auquel la personne a droit)
B = **la limite de l'année précédente**
C = la somme de toutes les dépenses engagées pour l'année précédente (soit la somme des frais médicaux, de réadaptation ou de soins auxiliaires)
D = le pourcentage d'indexation

Avis relatif au solde

Sur demande d'une personne assurée, les compagnies d'assurance sont tenues de fournir un avis relatif au solde indexé des indemnités pour frais médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires et au solde des indemnités combinées, le cas échéant, au 1er janvier de l'année en question.

DIRECTIVE CONCERNANT LES FRAIS DE TRANSPORT

La présente directive est émise conformément à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances* et s'applique aux accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour.

OBJECTIF

La présente directive sert de guide pour les assureurs et les personnes assurées qui ont à déterminer dans quelles circonstances l'assureur doit payer les frais de transport que la personne assurée doit engager pour se rendre à ses séances de traitement et en revenir. Elle renferme les dépenses autorisées et les tarifs applicables aux fins des paragraphes 14(5), 15(11) et 24(3) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales – Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour.*

DÉPENSES AUTORISÉES

L'assureur est tenu de payer tous les frais de transport raisonnables que la personne assurée doit engager pour se rendre aux séances de traitement, aux séances d'orientation, aux séances de formation, aux examens et aux évaluations et pour en revenir. L'assureur doit également payer tous les frais de transport raisonnables que l'aide ou l'assistant de la personne assurée doit engager. On se fonde sur le trajet le plus direct pour établir les frais de transport. Les droits de stationnement peuvent être inclus dans ces frais.

Il faut choisir le moyen de transport le plus économique et le plus pratique pour la distance à parcourir et celui qui convient le mieux dans les circonstances.

AUTOMOBILES

L'assureur est tenu de payer les frais associés au transport de la personne assurée et de son aide ou assistant pour se rendre aux séances de traitement, aux séances d'orientation, aux séances de formation, aux examens et aux évaluations et pour en revenir dans l'automobile de la personne assurée, à l'exclusion des 50 premiers kilomètres de chaque parcours. Cela s'applique aux mineurs que l'on doit conduire aux séances de traitement, aux examens ou aux évaluations.

Aux fins de la présente directive, on entend par « automobile de la personne assurée » toute automobile que possède ou loue la personne assurée ou toute autre automobile à sa disposition.

Les frais de transport associés à l'automobile de la personne assurée sont calculés en fonction de vingt-deux cents le kilomètre (22 ¢/km) parcouru.

Taxis

L'assureur est tenu de payer les frais de taxi raisonnables que la personne assurée et son aide ou assistant doivent engager dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- la personne assurée ne possède pas d'automobile ou n'en a pas à sa disposition;
- la personne assurée est incapable de conduire une automobile;
- dans les circonstances, il est raisonnable et pratique de prendre un taxi.

Autres moyens de transport

Les assureurs sont tenus de payer les frais raisonnables engagés relativement à tout autre moyen de transport lorsque les circonstances l'exigent. La personne assurée devrait toutefois s'adresser à son assureur avant d'engager des frais de transport aérien, ferroviaire ou par autobus.

DIRECTIVE CONCERNANT LES FRAIS DE TRANSPORT

La présente directive est établie conformément aux paragraphes 14(5), 15(11), et 24(3) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour* et à l'article 268.3 de la *Loi sur les assurances*. Le présent texte remplace la directive n° 6/96 et s'applique aux dépenses engagées à compter du 31 mars 2001.

OBJECTIF

La présente directive sert de guide pour les assureurs et les personnes assurées qui ont à déterminer dans quelles circonstances l'assureur doit payer les frais de transport que la personne assurée doit engager pour se rendre à ses séances de traitement et en revenir. Elle renferme les dépenses autorisées et les tarifs applicables aux fins des paragraphes 14(5), 15(11) et 24(3) de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - Accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après ce jour*.

DÉPENSES AUTORISÉES

L'assureur est tenu de payer tous les frais de transport raisonnables que la personne assurée doit engager pour se rendre aux séances de traitement, aux séances d'orientation, aux séances de formation, aux examens et aux évaluations et pour en revenir. L'assureur doit également payer tous les frais de transport raisonnables que l'aide ou l'assistant de la personne assurée doit engager. On se fonde sur le trajet le plus direct pour établir les frais de transport. Les droits de stationnement peuvent être inclus dans ces frais.

Il faut choisir le moyen de transport le plus économique et le plus pratique pour la distance à parcourir et celui qui convient le mieux dans les circonstances.

AUTOMOBILES

L'assureur est tenu de payer les frais associés au transport de la personne assurée et de son aide ou l'assistant pour se rendre aux séances de traitement, aux séances d'orientation, aux séances de formation, aux examens et aux évaluations et pour en revenir dans l'automobile de la personne assurée, à l'exclusion des 50 premiers kilomètres de chaque voyage aller-retour. La « franchise » de 50 kilomètres n'est applicable qu'une seule fois par voyage aller-retour. Cela s'applique aux mineurs que l'on doit conduire aux séances de traitement, aux examens ou aux évaluations.

Aux fins de la présente directive, on entend par « automobile de la personne assurée » toute automobile que possède ou loue la personne assurée ou toute autre automobile à sa disposition.

Les frais de transport associés à l'automobile de la personne assurée sont calculés en fonction de vingt-sept et demi cents le kilomètre (27,5 ¢/km) parcouru.

Taxis

L'assureur est tenu de payer les frais de taxi raisonnables que la personne assurée et son aide ou l'assistant doivent engager dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- la personne assurée ne possède pas d'automobile ou n'en a pas à sa disposition;
- la personne assurée est incapable de conduire une automobile;
- dans les circonstances, il est raisonnable et pratique de prendre un taxi.

Autres moyens de transport

Les assureurs sont tenus de payer les frais raisonnables engagés relativement à tout autre moyen de transport lorsque les circonstances l'exigent. La personne assurée devrait toutefois s'adresser à son assureur avant d'engager des frais de transport aérien, ferroviaire ou par autobus.

DIRECTIVE CONCERNANT LES CONFLITS D'INTÉRÊTS DANS LA PRESTATION DE SERVICES MÉDICAUX ET DE RÉHABILITATION

[La présente directive est publiée conformément au paragraphe 268.3 de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, c.I.8, telle que modifiée.]

LE PLAN DE TRAITEMENT

L'*Annexe sur les indemnités d'accident légales - accidents survenus le 1er novembre 1996* fixe une nouvelle marche à suivre pour les personnes assurées lorsqu'elles font une demande de prestation de services médicaux et de réhabilitation.

La personne assurée doit fournir un plan de traitement rempli par un professionnel de la santé avant d'engager les dépenses pour obtenir des services médicaux ou de réhabilitation. Aux fins de l'Annexe, le formulaire du plan de traitement est le formulaire de demande de prestations de services médicaux et de réhabilitation. Le Commissaire a approuvé le formulaire OCF-18/59 comme étant le formulaire du plan de traitement qui doit servir en vertu de l'Annexe.

Lorsqu'une personne assurée fait une demande de prestations de soins médicaux et de réhabilitation, l'assureur examinera le plan de traitement et décidera quels biens et services il est prêt à payer. Cependant, tout assureur peut renoncer à l'exigence d'un plan de traitement s'il s'engage à rembourser le coût des biens et services.

En outre, l'assureur est tenu de payer le traitement de soins de chiropraticiens ou de physiothérapeutes dans les six premières semaines qui suivent l'accident en attendant les résultats de tout conflit concernant lesdits services. La personne assurée peut suivre jusqu'à 15 traitements au cours de la période initiale de six semaines, pourvu qu'elle ait présenté un plan de traitement à l'assureur avant d'entamer le traitement.

OBLIGATION DE DIVULGUER LES CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les obligations de divulguer les conflits d'intérêts concernent trois groupes : les professionnels de la santé, les avocats ou autres représentants des demandeurs, et les assureurs.

Pour les professionnels de la santé, ces obligations visent la préparation et la signature d'un plan de traitement pour le demandeur. Il s'agit des obligations suivantes :

- Le professionnel de la santé doit divulguer tout conflit d'intérêts qu'il peut avoir à l'égard du plan de traitement.

- Si la personne assurée a été adressée par un tiers aux personnes qui fourniront les biens et services décrits dans le plan de traitement, le professionnel de la santé doit faire des efforts raisonnables pour déterminer si le tiers adressant la personne assurée a un conflit d'intérêts.

- Si le tiers qui a adressé la personne assurée à l'établissement de traitement a un conflit d'intérêts à l'égard du plan de traitement, le professionnel de la santé doit divulguer le conflit sur le formulaire du plan de traitement.

Le formulaire OCF-18/59, destiné à être utilisé dans la préparation d'un plan de traitement, prévoit une déclaration de divulgation à signer par le professionnel de la santé; cette déclaration satisfait l'obligation.

L'avocat ou un autre représentant du demandeur doit divulguer tout conflit d'intérêts à l'assureur, au moment où la demande de prestations est présentée.

L'assureur est tenu de divulguer tout conflit d'intérêts au demandeur dans les 14 jours suivant réception de la demande, à moins qu'il n'ait déjà rejeté la demande pour cause de conflit d'intérêts divulgué par le professionnel de la santé ou l'avocat ou un autre représentant du demandeur.

DÉFINITION DE « CONFLITS D'INTÉRÊTS »

Le paragraphe 38 (24) de l'Annexe stipule la définition suivante de « conflit d'intérêts » :

a) *un plan de traitement place une personne dans une situation de conflit d'intérêts si les conditions suivantes sont réunies :*

   (i) *la personne ou un membre de la famille de la personne peut recevoir, directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la fourniture, par un membre de la famille de la personne ou par une autre personne, de biens ou de services prévus par le plan de traitement,*

   (ii) *la personne qui peut recevoir l'avantage financier n'est pas l'employé de la personne qui fournira les biens ou les services ni n'a conclu avec elle de contrat prévoyant la fourniture de tels biens ou services;*

b) *des biens ou des services qu'il recommande à la personne assurée placent l'assureur dans une situation de conflit d'intérêts s'il peut recevoir,*

directement ou indirectement, un avantage financier à la suite de la fourniture de ces biens ou services.

DÉFINITION DE « MEMBRE DE LA FAMILLE »

Le paragraphe 38 (25) de l'Annexe stipule la définition suivante de « membre de la famille »

« membre de la famille » Dans le cas d'une personne physique, s'entend de toute autre personne qui lui est liée par le sang, le mariage ou l'adoption. À cette fin :

a) deux personnes sont liées par le sang si l'une est l'enfant ou un autre descendant de l'autre ou encore le frère ou la sœur de l'autre;

b) deux personnes sont liées par le mariage si l'une est le conjoint de l'autre ou d'une personne qui est liée à l'autre par le sang;

c) deux personnes sont liées par l'adoption si l'une a été adoptée, légalement ou de fait, comme enfant de l'autre ou comme enfant d'une personne qui est liée à l'autre par le sang autrement qu'à titre de frère ou de sœur.

OBSERVATIONS

BUT DE LA DIVULGATION

Le but de la présente disposition est de faire ressortir les cas où les recommandations en vue de gagner un profit risquent d'exister et lorsqu'une partie est en mesure d'influer sur le cours du traitement dans son propre intérêt pécuniaire.

Lorsqu'un conflit d'intérêts existe, il se peut que les intérêts de la personne assurée ne soient pas toujours au premier plan. Par conséquent, lorsqu'un conflit d'intérêts existe, la partie qui est en conflit est tenue de le divulguer. Nous mentionnons ci-dessous certaines situations typiques à titre de grandes lignes :

AUTO-RECOMMANDATIONS

- Les dispositions de conflits d'intérêt indiquent que la personne qui bénéficie d'un avantage financier profiterait des services rendus par un tiers. Par conséquent, si le professionnel de la santé qui prépare le plan de traitement est la personne qui va soigner la personne assurée, aucun conflit d'intérêts n'existe.

Recommandations au sein d'un établissement

- Les dispositions de conflits d'intérêts ne visent pas non plus les collègues au sein d'un établissement. Si la personne qui remplit le plan de traitement est employée par le même établissement qui fournit le traitement ou a une relation contractuelle avec celui-ci, aucun conflit d'intérêts n'existe.

Recommandations aux fins de profits

- Si la personne qui prépare le plan de traitement bénéficie d'un avantage financier parce qu'elle adresse la personne assurée à un établissement de traitement, il y a un conflit d'intérêts. Cependant, aucun conflit d'intérêts n'existe si la personne qui prépare le plan de traitement est un employé de l'établissement qui effectuera le traitement.

- Si la personne assurée est adressée à un établissement de traitement par une personne qui bénéficiera d'un avantage financier, il y a un conflit d'intérêts. Cependant, aucun conflit d'intérêts n'existe si la personne qui fait la recommandation est un employé du même établissement.

Avantages financiers

La réglementation stipule qu'il y a un conflit d'intérêts si le professionnel de la santé, l'avocat ou le représentant de l'assuré ou un membre de la famille, ou la compagnie d'assurance bénéficie d'un avantage financier, soit directement soit indirectement à la suite d'une recommandation.

Un avantage financier peut consister en quelque chose de valeur. Aux fins de la présente réglementation, les catégories suivantes d'ententes aboutiraient à un avantage financier :

- tout avantage dont bénéficierait la personne pour la recommandation sous forme d'honoraires, de commissions, de rabais ou de cadeaux;

- le partage des profits;

- l'attente de recommandations réciproques;

- l'obtention ou la prestation de biens ou services à des prix qui sont considérablement plus élevés ou moins élevés que la juste valeur marchande;

- une entente avec la compagnie d'assurance et un fournisseur de limiter la quantité des services qui seront fournis aux assurés qui sont recommandés au fournisseur par la compagnie.

Les exemples ci-dessus sont fournis à titre d'exemples et ne constituent pas une liste exhaustive de toutes les catégories d'ententes qui pourraient déboucher sur un avantage financier reçu par un fournisseur de soins de santé, par l'avocat ou le représentant de la personne assurée, ou la compagnie d'assurance.

Divulgation par un professionnel de la santé

La réglementation impose au professionnel de la santé qui remplit le formulaire de plan de traitement de se renseigner et de divulguer tout conflit d'intérêts sur le formulaire. La réglementation n'exige pas qu'il fournisse d'autres déclarations concernant les conflits d'intérêts. En particulier, il n'est pas tenu de fournir à la compagnie d'assurance des preuves documentées qu'aucun conflit d'intérêts n'existe.

Divulgation par la compagnie d'assurance si elle renonce au plan de traitement

Si la compagnie d'assurance renonce à l'exigence d'un plan de traitement, elle a l'obligation d'informer l'assuré par écrit de tout conflit d'intérêts que la compagnie peut avoir à l'égard des biens et services qui lui sont fournis.

En cas de divulgation d'un conflit d'intérêts

Si un conflit d'intérêts est divulgué par le professionnel de la santé qui a préparé le plan de traitement ou par l'avocat ou le représentant de la personne assurée, la compagnie d'assurance peut refuser le plan de traitement pourvu qu'elle informe la personne assurée dans les 14 jours où elle a reçu le plan. Dans ce cas, la personne assurée doit soumettre un nouveau plan de traitement qui recommande des fournisseurs qui n'ont pas de conflits d'intérêts.

Les dispositions relatives aux conflits d'intérêts ne visent pas à interdire le traitement lorsqu'un conflit d'intérêts existe, mais plutôt à rendre obligatoire la divulgation de ces circonstances. Elle vise à éliminer la possibilité que l'une des parties influe sur le cours du traitement dans son intérêt pécuniaire. Par conséquent, la compagnie d'assurance peut approuver un plan de traitement en dépit de l'existence d'un conflit d'intérêts et doit exercer sa discrétion avant de refuser les plans qui reposent sur un conflit d'intérêts.

CAS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS NON DIVULGUÉS, MAIS DÉCOUVERTS APRÈS LE DÉBUT DU TRAITEMENT

Si une compagnie d'assurance découvre qu'un conflit d'intérêts existe à l'égard des biens ou services fournis en vertu d'un plan de traitement, elle peut donner à l'assuré un avis d'après lequel il a 14 jours pour modifier le plan de traitement afin d'éliminer le conflit d'intérêts. Ceci veut dire que la personne assurée devrait être adressée à un autre fournisseur de soins de santé qui n'a pas de conflits d'intérêts. L'assuré bénéficierait alors des biens ou services du nouveau fournisseur.

SECTION C – NOTES PRATIQUES

1. L'utilisation de preuves médicales pour appuyer votre demande d'indemnités d'accident ..... C 1-1
2. Règlement dans le cadre de la procédure de règlement des différends ..... C 2-1
3. Participation et représentation dans le cadre du règlement d'un différend (« pouvoir de lier ») ..... C 3-1
4. Échange de documents ..... C 4-1
5. Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre ..... C 5-1
6. Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario ..... C 6-1
7. La conférence préparatoire à l'audience d'arbitrage ..... C 7-1
8. Assignation de témoin à comparaître à une audience d'arbitrage ..... C 8-1
9. Ajournements ..... C 9-1
10. Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile (le Règlement de l'Ontario 238/95) ..... C 10-1
11. Questions de compétence soulevées lors de la médiation ..... C 11-1
12. Ce que le demandeurs devraient savoir au sujet des centres d'évaluation désignés ..... C 12-1
13. Ce que les assureurs devraient savoir lorsqu'ils posent des questions aux centres d'évaluations désignés ..... C 13-1

CETTE NOTE PRATIQUE S ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES

L'UTILASATION DE PREUVES MÉDICLES APPUYER VOTRE DEMANDE D'INDEMNITES D'ACCIDENT

Les personnes assurées sont tenues de fournir une preuve médicale satisfaisante à l'appui de leur demande d'indemnités d'accident.

Le type de preuve médicale dont vous aurez besoin pour appuyer votre demande d'indemnités d'accident dépend de la date à laquelle votre accident est survenu. Les modifications apportées à l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* qui sont entrées en vigueur le 1er novembre 1996 (Projet de loi 59) ont changé les procédures et les documents utilisés aux fins des demandes d'indemnités. Pour connaître la procédure exacte à suivre dans votre cas, veuillez vous reporter à la version de l'*Annexe* en vigueur au moment de votre accident.

Quelle que soit la date de votre accident, les documents médicaux doivent être soumis en règle générale dans trois situations : lorsque vous présentez votre demande d'indemnités ; pendant que vous recevez des indemnités et en cas de différend en ce qui concerne la cessation du paiement des indemnités.

La présente note explique les procédures générales à suivre lorsque vous fournissez l'information à l'appui de votre demande d'indemnités.

DE QUELLE PREUVE MÉDICALE AI-JE BESOIN POUR PRÉSENTER MA DEMANDE D'INDEMNITÉ ?

Si votre accident est survenu avant le 1er novembre 1996, vous devez soumettre à l'assureur un **Certificat du (de la) praticien(ne) de la santé**.

Si votre accident est survenu après le 1er novembre 1996, et vous demandez des indemnités hebdomadaires, vous aurez besoin d'un **Certificat d'invalidité**.

Ces certificats accompagnent la Demande d'indemnités d'accident que l'assureur vous fait parvenir et doivent être remplis par un(e) praticien(ne) de la santé qualifié(e), soit un médecin, un(e) chiropraticien(ne), un(e) dentiste, un(e) optométriste, un(e) psychologue ou un(e) physiothérapeute. L'assureur devrait verser des honoraires directement au (à la) praticien(ne) qui remplit le certificat. Le certificat indique à l'assureur zla cause et la nature de votre blessure et si celle-ci vous empêche de participer à vos activités normales.

AI-JE BESOIN D'UN CERTIFICAT SPECIAL AVANT D'OBTENIR DES SOINS ?

Si votre accident est survenu avant le 1er novembre 1996, vous n'êtes pas tenu(e) de soumettre un formulaire spécial avant de recevoir des soins médicaux. L'assureur peut toutefois demander un **Certificat du (de la) praticien(ne) de la santé** une fois que le traitement est commencé, afin de s'assurer que celui-ci est raisonnable et nécessaire.

L'assureur peut en outre vous demander de fournir un certificat pour des services ou des biens relatifs à des soins médicaux ou de réadaptation

que vous avez payés, ou que vous prévoyez payer, avant de vous rembourser.

Si votre accident est survenu après le 1er novembre 1996, votre compagnie d'assurance vous fera parvenir un **Plan de traitement** avec votre Demande d'indemnités d'accident. Vous devrez faire remplir et signer un plan de traitement par votre praticien(ne) avant d'entreprendre un traitement ou de payer des fournitures ou des soins de réadaptation. Dans certains cas, votre assureur pourrait consentir à payer des frais qui ne figurent pas dans un plan de traitement, mais qu'il croit raisonnables et nécessaires. Il convient donc de discuter de cette exigence avec votre assureur. Le **Plan de traitement** demande d'indiquer les types de biens ou de services nécessaires, la durée prévue du traitement, le nom du (de la) praticien(ne) et le coût des biens et des services. La compagnie d'assurance rendra une décision sur chaque article énuméré dans le **Plan de traitement**.

En quoi consiste un examen médical de l'assureur ?

Afin de déterminer si vous êtes admissible aux indemnités hebdomadaires ou si les soins médicaux ou les soins de réadaptation que vous demandez sont raisonnables ou nécessaires, l'assureur peut vous demander de vous soumettre à un examen médical, à ses frais.

Aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, votre assureur a le droit de vous faire examiner par un(e) ou plusieurs professionnel(le)s de la santé de son choix « aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire ».

Si l'assureur vous demande de vous soumettre à un examen médical, n'oubliez pas que :

- L'examen médical de l'assureur consiste habituellement à évaluer votre état de santé médical actuel et les traitements requis.
- Si vous ne vous présentez pas à l'examen, selon la version de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* qui s'applique et des types d'indemnités en cause, l'assureur pourra cesser de vous payer des indemnités jusqu'à ce que vous vous y soumettiez. Dans certains cas, vous ne pouvez recourir à des services de médiation si vous ne vous êtes pas rendu raisonnablement disponible pour un examen médical de l'assureur.
- Si vous ne pouvez pas vous présenter à l'examen à la date prévue, vous devez en informer votre assureur sans tarder pour lui éviter d'avoir à payer honoraires. Sinon, l'assureur pourrait prétendre que vous êtes responsable de ces honoraires.

Obligations de l'assureur :

- Tenir compte de votre horaire et de votre situation personnelle avant de fixer les rendez-vous médicaux et vous donner un avis raisonnable.
- Fournir, à vous ou à votre professionnel(le) de la santé, des copies du rapport d'examen médical.

Et si je veux une autre opinion ?

Si vous désirez obtenir un rapport médical d'un professionnel de la santé de votre choix, pour répondre au rapport médical obtenu par l'assureur, vous devrez vous-même en assumer les frais. Dans certains cas, votre assureur pourrait rembourser ces frais.

Centres d'évaluation désignés

Des centres d'évaluation désignés (CÉD) ont été établis pour exécuter des évaluations indépendantes de votre incapacité et de vos besoins en matière de soins médicaux, de réadaptation et de soins auxiliaires. Les CÉD peuvent exécuter les évaluations si le demandeur ou l'assureur les leur demandent. Ils fournissent un processus d'évaluation médicale rapide et impartial.

Vous pourriez être tenu(e) de vous soumettre à une évaluation d'un CÉD si votre accident a eu lieu le 1er janvier 1994 ou après cette date. Selon la version de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* en vigueur au moment de votre accident, les centres peuvent également évaluer votre capacité de gain et les types d'emploi qui vous seraient peut-être disponibles si vous souffrez de problèmes physiques ou psychologiques à long terme. Les centres peuvent également evaluer la question à savoir si vous souffrez des blessures invalidantes.

L'évaluation du CÉD comporte généralement un examen médical et peut prendre moins d'une journée ou s'étendre sur plus de deux semaines.

Si vous demandez une évaluation d'un CÉD ou si votre assureur exige que vous vous soumettiez à une telle évaluation, vous devez fournir au CÉD tous les documents médicaux pertinents. Assurez-vous que les praticiens qui vous ont traité(e) font parvenir leurs rapports et leurs dossiers directement au CÉD.

L'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* énonce les circonstances dans lesquelles votre assureur peut vous demander de vous soumettre à une évaluation d'un CÉD. Ces circonstances varient en fonction de la date de l'accident ; il est donc important de vous reporter à la version de l'*Annexe* en vigueur à cette date.

Pour les accidents survenus avant le 1er novembre 1996, vous pourriez être tenu(e) de vous soumettre à une évaluation d'un CÉD :

- si vous demandez des indemnités pour les frais médicaux engagés plus de huit semaines après l'accident ; ou si la compagnie d'assurance a déjà versé des indemnités dépassant 2 000 $ pour couvrir les frais médicaux ;
- si vous présentez une demande d'indemnités pour des frais de réadaptation sociale, de réadaptation professionnelle ou de soins auxiliaires ; et
- si vous rejetez l'évaluation de l'assureur de votre capacité de gain après l'accident (pour les demandes d'indemnités qui durent depuis plus de deux ans).

Pour les accidents survenus après le 1er novembre 1996, vous pourriez être tenu(e) de vous soumettre à une évaluation d'un CÉD :

- si l'assureur refuse de payer certains services ou biens recommandés dans un plan de traitement
- si vous présentez une demande d'indemnités pour des soins auxiliaires
- si vous demandez une évaluation d'une déficience invalidante.

UNE ÉVALUATION D'UN CÉD EST-ELLE REQUISE LORSQUE L'ASSUREUR CESSE DE VERSER DES INDEMITÉS ?

Pour tous les accidents survenus le 1er janvier 1994 ou après cette date, il vous incombe de demander une évaluation d'un CÉD si votre assureur cesse de vous verser des indemnités hebdomadaires. Vous devez soumettre une demande écrite à cet effet à votre assureur.

N'oubliez pas que si vous demandez une évaluation d'un CÉD dans les 14 jours qui suivent la date à laquelle votre assureur vous a informé(e) de la cessation des indemnités, les indemnités hebdomadaires continueront de vous être versées jusqu'à la date de l'évaluation du CÉD.

C'est l'assureur qui paie pour l'évaluation du CÉD. Toutefois, si vous omettez de vous y présenter sans excuse raisonnable :

- l'assureur peut prétendre que vous êtes responsable des frais d'évaluation du CÉD ; et
- votre droit d'engager un procédure de médiation ou d'arbitrage peut être enlevé.

S'il ne vous est pas possible de vous présenter au CÉD à la date prévue, veuillez en aviser immédiatement le CÉD et votre assureur.

En cas de différend avec votre assureur, un examen médical de l'assureur et un rapport du CÉD ainsi que les certificats de vos praticiens de la santé peuvent tous être utilisés comme preuve dans le cadre d'une médiation, d'une évaluation neutre et d'un arbitrage.

Le présent document résume brièvement un sujet complexe. Veuillez consulter la version applicable de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales pour obtenir des renseignements plus précis.

Pour plus de renseignements, reportez-vous à la **Note pratique n° 4**, intitulée « Échange de documents », qui décrit les documents médicaux requis dans le cadre d'une audience d'arbitrage.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

En composant :

- de Toronto, le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

Si votre question a trait aux CÉD, composez le 416 590-7137.

This publication is also available in English.

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES

RÈGLEMENT DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

QU'EST-CE QU'UN RÈGLEMENT ?

Il s'agit d'une entente par laquelle l'assureur et la personne assurée mettent fin à un différend concernant le droit de la personne assurée de toucher des indemnités aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* (*l'Annexe*). Il est possible de régler une ou plusieurs questions en litige pendant que d'autres continuent de faire l'objet d'un différend.

QU'EST-CE QU'UNE RENONCIATION ?

Lorsque vous arrivez à une entente, il se peut que l'on vous demande de signer une renonciation. Il s'agit d'une entente conclue avec la compagnie d'assurance selon laquelle, en échange du montant convenu, vous renoncez à présenter à votre assureur de nouvelles demandes concernant les différends qui viennent d'être réglés. Si vous avez signé cette renonciation et que deux jours ouvrables se sont écoulés, vous n'avez plus le droit de revenir sur la question en litige.

AVIS ÉCRIT

Avant la conclusion d'une entente mettant fin à votre demande ou au différend concernant votre droit à une ou plusieurs indemnités, votre assureur doit vous fournir les documents suivants :

- une description des indemnités que vous pouvez toucher aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* d'accident légales et des autres indemnités prévues aux termes de votre police d'assurance ;
- une explication des répercussions du règlement de votre demande sur ces indemnités, y compris une déclaration expliquant que le règlement restreint vos droits à la médiation, à intenter une poursuite, à l'arbitrage, à interjeter appel ou à modifier de toute autre façon les modalités du règlement ;
- une déclaration indiquant que vous avez deux jours ouvrables après la conclusion de l'entente pour changer d'idée et signifier à votre assureur un avis écrit annulant le règlement ; et
- un exposé des incidences fiscales du règlement, s'il y a lieu.

PUIS-JE CHANGER D'IDÉE ?

Vous avez deux jours ouvrables pour changer d'idée après avoir accepté un règlement. Vous devez informer votre assureur de votre intention par écrit dans les deux jours ouvrables après le règlement, après quoi vous et votre assureur êtes liés par l'entente de règlement.

OBLIGATIONS

Les deux parties sont tenues de respecter les conditions du règlement du différend. L'entente peut être exécutée par les tribunaux judiciaires.

La commission joue-t-elle un rôle dans la négociation des règlements ?

Les médiateurs aident les parties à négocier les modalités du règlement. Le règlement fait également l'objet de discussions lorsque les parties soumettent le litige à une évaluation neutre, ou au cours d'une conférence préparatoire à l'arbitrage. Les parties peuvent arriver à une entente à tout moment durant l'arbitrage. Toutefois, les médiateurs, les évaluateurs neutres et les arbitres de la Commission ne participent pas à la préparation ni à la signature des renonciations, et ils ne se chargent pas de faire respecter les modalités du règlement.

Qu'arrive-t-il si je veux obtenir les conseils d'un(e) avocat(e) ?

Vous n'avez pas besoin d'un(e) avocat(e) pour négocier un règlement mais, dans de nombreux cas, il peut être utile de demander des conseils à un(e) avocat(e) au sujet des modalités d'un règlement. Si vous avez des doutes avant de signer une renonciation, n'hésitez pas à obtenir des conseils juridiques.

Comment puis-je obtenir de plus amples renseignements ?

En composant :

- de Toronto, le (416) 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

This publication is also available in English.

PARTICIPATION ET REPRÉSENTATION DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT D'UN DIFFÉREND (« POUVOIR DE LIER »)

Quiconque représente une compagnie d'assurance ou une personne assurée dans le cadre d'une médiation, d'une évaluation neutre ou d'un arbitrage, participe à des discussions et à des négociations visant le règlement des différends concernant des indemnités d'accident. Il est essentiel que les personnes qui demandent les indemnités participent aux séances de médiation, d'évaluation neutre ou d'arbitrage afin de prendre connaissance des propositions de règlement, d'en discuter et de donner des instructions à leur représentant(e).

Les représentant(e)s doivent être en mesure de se prononcer sur toutes les questions en litige et de prendre part à des négociations. Le médiateur, l'évaluateur neutre ou l'arbitre peut demander une confirmation écrite ou verbale que le représentant ou la représentante est autorisé(e) à prendre part aux discussions et aux négociations auprès de la Commission au sujet du différend, et à conclure une entente ou à accepter un règlement relatif à une question ou à toutes questions en litige. La désignation d'un(e) représentant(e) ne libère pas une partie de son obligation de prendre part au processus de règlement du différend, sauf dans des circonstances atténuantes (par exemple, en cas d'hospitalisation).

L'avocat(e) ou l'employé(e) qui représente une compagnie d'assurance doit avoir le pouvoir de modifier la position de la compagnie à la lumière des preuves présentées par la personne assurée dans le cadre de la médiation, de l'évaluation neutre ou de l'arbitrage. Dans les cas où la personne qui représente l'assureur a un pouvoir limité à l'égard d'une entente ou d'un règlement, un(e) dirigeant(e) de la compagnie qui jouit des **pouvoirs nécessaires** doit assister aux séances ou fournir le numéro de téléphone où on peut le(la) joindre pendant toute la durée de l'instance.

QUE SE PASSE-T-IL SI LE POUVOIR DE LIER UNE PARTIE N'EST PAS ÉTABLI ?

Si une partie est dans l'impossibilité d'assister aux séances (par exemple, en cas d'hospitalisation), et son(sa) représentant(e) ne jouit pas du pouvoir de lier cette partie à un règlement, le médiateur, évaluateur neutre ou décideur peut ajourner l'instance, avec ou sans conditions. Le médiateur, évaluateur neutre ou arbitre détermine selon quelles conditions l'instance peut être ajournée.

Dans le cas où un(e) représentant(e) assiste à une séance sans pouvoir de lier la partie représentée, l'arbitre est habilité à rendre des ordonnances provisoires visant les frais, sous réserve des modalités qu'il peut fixer.

POURQUOI EST-IL SI IMPORTANT D'AVOIR LE POUVOIR DE LIER LA PARTIE REPRÉSENTÉE ?

Si les représentant(e)s n'ont pas le pouvoir de lier les parties qu'ils représentent, les discussions visant le règlement risquent d'être constamment interrompues par des déclarations du genre : « Je dois vérifier auprès de mon client ». Cela peut mener à des discussions interminables et futiles

qui gaspillent le temps de toutes personnes impliquées.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

En composant :

- de Toronto, le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

This publication is available in English.

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES ET AUX ASSUREURS

ÉCHANGE DE DOCUMENTS

La présente Note pratique explique le rôle et la nécessité de la divulgation à l'avance des documents justificatifs dans le cadre du processus de règlement des différends de la Commission. La Note propose des lignes directrices générales quant au type de documents que vous pouvez utiliser à l'appui de votre demande. Elle indique aussi quand rassembler et échanger ces documents avec l'autre partie. Dans certains cas, des documents relatifs à une période remontant à plus d'un an avant l'accident peuvent être pertinents et doivent être produits.

A. DOCUMENTS

Les divers documents pouvant être utiles pour arriver à un règlement varient selon les questions en litige et peuvent inclure les suivants.

1. **Lorsque le différend a trait aux indemnités d'invalidité :**

- **les observations cliniques et les dossiers des médecins** qui ont traité la personne assurée dans l'année qui a précédé l'accident et depuis l'accident ;
- **les rapports de sortie d'ambulance** si la personne assurée a été transportée par ambulance du lieu de l'accident ;
- **les dossiers d'hôpital**, si la personne assurée a reçu des soins dans un hôpital dans l'année qui a précédé l'accident ou depuis l'accident ;
- **les dossiers de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (autrefois, la Commission des accidents du travail)**, si la personne assurée touchait des indemnités de cette Commission lorsque l'accident est survenu ou en a touché dans l'année qui l'a précédé ;
- **les rapports et observations cliniques faisant suite à tout examen médical de la personne assurée exigés par l'assureur** aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* ;
- **tout rapport préparé par un Centre d'évaluation désigné (CÉD)** qui a évalué la condition de la personne assurée conformément à l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.
- les **rapports médicaux** dont l'assureur dispose, notamment ceux qui ont été préparés par les médecins traitants de la personne assurée ;
- une **déclaration de l'Assurance-santé de l'Ontario** dressant la liste des médecins qui ont traité la personne assurée dans l'année qui a précédé l'accident et depuis l'accident, si l'on ne sait pas avec précision qui a traité la personne assurée ;
- la **preuve obtenue par surveillance ou à la suite d'une enquête** que l'une des parties compte présenter lors d'une audience. Cette partie doit fournir les noms et qualifications des personnes qui ont recueilli ces éléments de preuve, y compris les dates, heures et lieux où a eu lieu de la surveillance ou de l'enquête. Cette partie doit fournir une copie de toute preuve obtenue par surveillance préparée par toute personne en rapport avec les questions en litige si la partie a l'intention de se fonder sur un élément obtenu lors de cette surveillance durant l'audience ;

- **certains dossiers d'emploi**, tels que qu'une description de tâches.

2. Lorsque le différend a trait au montant de l'indemnité :

- les **déclarations de revenus certifiées** par Revenu Canada pour l'année qui a précédé l'accident et l'année où ce dernier est survenu ;
- les **états financiers** de l'année qui a précédé l'accident et de l'année de l'accident, dans le cas où le demandeur travaille à son compte. Dans certains cas, on peut exiger des documents financiers bruts plus détaillés, tels que des relevés et des registres bancaires ;
- toute **demande de prestations d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada** et une copie de la lettre d'admissibilité à ces indemnités, s'il semble que la personne assurée a demandé ou obtenu ces prestations ;
- **une copie de toute police d'assurance-maladie ou d'assurance-invalidité**, s'il semble que la personne assurée était couverte au moment de l'accident, et une copie de tout formulaire de demande ou lettre d'admissibilité ;
- **certains dossiers d'emploi**, tels que des fiches de paye, pour l'année qui a précédé l'accident.

B. DOCUMENTS RELATIFS À LA MÉDIATION

Il est important que les parties se consultent pour échanger les documents **AVANT** de demander la médiation. Les parties doivent également commencer immédiatement à rassembler tout document provenant d'autres sources tels que médecins, employeurs ou comptables. La production et la présentation des documents à l'autre partie et au médiateur dès le début de la procédure de médiation améliore grandement ses chances de réussite. De récentes modifications à la *Loi sur les assurances* comportent une disposition relative à la divulgation à l'avance des principaux documents nécessaires au règlement des questions en litige. Par conséquent, les parties doivent revoir leurs dossiers sans tarder pour s'assurer qu'elles ont obtenu de l'autre partie tous les documents nécessaires au règlement de la demande, et **elles doivent en faire la demande à l'autre partie, par écrit, le plus tôt possible**. Les demandeurs sont tenus de dresser une liste des documents disponibles auxquels ils comptent se référer au cours de la médiation ainsi que les documents qu'ils comptent obtenir d'autres sources au moment où ils déposent la **Demande de médiation**.

N'oubliez pas que la demande de documents à l'étape de la médiation doit être raisonnable et se limiter aux éléments qui sont indispensables au règlement du différend. La quantité et le type de documents nécessaires pour un règlement variera d'une cause à une autre. Cette disposition a pour but de favoriser un règlement dès les premières étapes de la procédure de règlement des différends, et non d'introduire un processus d'échange de documents fastidieux et coûteux.

En général, il est facile d'obtenir les documents nécessaires à la médiation, tels que les déclarations de revenu, les relevés d'emploi et les rapports des CÉD. Des frais minimes sont parfois imposés pour certains documents, tels les relevés bancaires. Dans la plupart des cas, les documents coûteux et difficiles à obtenir – anciens dossiers médicaux et observations cliniques, et déclarations de l'Assurance-santé de l'Ontario – ne sont pas requis à l'étape de la médiation. Ces documents sont plus souvent demandés à l'étape de l'arbitrage.

Si l'une des parties refuse de fournir les documents demandés par l'autre partie, elle doit immédiatement communiquer son refus et en fournir les raisons avant la médiation.

Au cas où la médiation échoue, le **Rapport du médiateur** contiendra une liste des documents demandés par écrit par les parties qui n'ont pas été produits et que le médiateur considère nécessaires pour le règlement des questions en litige soumises à la médiation.

Le Rapport du médiateur n'identifiera pas nécessairement tous les documents demandés par les parties aux fins de discussion.

Le défaut de produire les documents pertinents, tel qu'indiqué dans le **Rapport du médiateur**, peut retarder l'arbitrage ou être cité par l'arbitre dans sa décision sur le remboursement des frais à l'issue de l'audience.

C. DOCUMENTS RELATIFS À UNE ÉVALUATION NEUTRE

Les parties voulant obtenir une évaluation neutre dans le cadre d'une procédure d'arbitrage devant la Commission doivent confirmer conjointement que tous les documents indiqués dans le **Rapport du médiateur** ont été échangés et qu'aucun autre document n'est requis pour permettre l'évaluation des questions en litige. La personne chargée de l'évaluation neutre peut demander des renseignements additionnels pour l'aider à évaluer les questions en litige.

Si l'évaluation neutre n'aboutit pas à un règlement, l'évaluateur indiquera dans le **Rapport de l'évaluateur neutre** les documents qu'il avait demandés et que les parties n'ont pas fournis.

Le défaut de produire les documents pertinents, tel qu'indiqué dans le **Rapport de l'évaluateur neutre**, peut retarder l'arbitrage ou être cité par l'arbitre dans sa décision sur le remboursement des frais à l'issue de l'audience.

D. DOCUMENTS RELATIFS À UNE AUDIENCE D'ARBITRAGE

Les parties à l'arbitrage doivent échanger tous les documents nécessaires pour régler les questions faisant l'objet du différend le plus tôt possible. Dans sa **Demande d'arbitrage**, l'auteur de la demande est tenu de dresser une liste des documents qu'il détient ainsi que les documents qu'il compte obtenir d'autres sources.

Les parties et leurs représentants devraient s'entendre sur l'échange des documents aussitôt que possible et, dans tous les cas, bien avant la conférence préparatoire.

Les parties doivent communiquer entre elles et :

- divulguer les documents qu'elles entendent utiliser durant l'audience ;
- s'entendre sur la remise de ces documents à l'autre partie ;
- demander à l'autre partie de lui remettre tout document dont elle estime avoir besoin ;
- s'entendre pour partager les documents provenant de tierces parties.

En règle générale, la partie qui demande un document assume les frais engagés pour l'obtenir. Lorsqu'un assureur se procure un document directement auprès d'une tierce partie, il peut demander à la personne assurée d'en autoriser la divulgation au préalable. L'assureur doit remettre aussitôt que possible à la personne assurée une copie des documents obtenus.

Si les parties à l'arbitrage ne peuvent pas s'entendre sur les documents à échanger, l'arbitre décidera des documents nécessaires au cours de la conférence préparatoire à l'audience.

Lorsqu'on demande à une tierce partie (p. ex. un hôpital ou un médecin) de fournir des documents, l'arbitre insistera pour que les parties fassent des efforts raisonnables pour obtenir ces documents avant qu'il n'oblige la tierce partie à le divulguer par voie d'ordonnance. La seule exception à cette règle est une demande de renseignements auprès de l'Assurance-santé de l'Ontario : pour accélérer le processus, l'arbitre émettra une ordonnance à la demande des parties. L'arbitre qui préside la conférence préparatoire à l'audience a le dernier mot quant aux documents devant être produits ou échangés **avant** l'audience. L'arbitre présidant l'audience a le dernier mot quant aux documents qui pourront être considérés **durant** l'audience.

L'arbitrage est conçu pour être relativement informel et rapide. Il ne comprend pas les procédures d'enquête et de divulgation préalables du système judiciaire. Les parties à l'arbitrage peuvent participer au processus efficacement en divulguant tous les documents pertinents à l'autre partie bien avant la date de la conférence préparatoire à l'arbitrage.

Le défaut de produire les documents bien avant l'audience peut entraîner des ajournements et des retards. En outre, l'arbitre peut refuser d'admettre en preuve un document qui a été soumis trop tard ou peut tirer une inférence défavorable contre la partie qui a omis de produire le document. L'arbitre peut également priver cette partie de ses frais à l'issue de l'audience ou accorder ces frais à l'autre partie.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

En composant :

- de Toronto, le (416) 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 (800) 517-2332

This publication is also available in English.

CETTE NOTE PRATIQUE S ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES ET AUX ASSUREURS

RENVOI DU DIFFÉREND PAR LE MÉDIATEUR POUR ÉVALUATION NEUTRE

QU'EST-CE QU'UNE ÉVALUATION NEUTRE ?

Une évaluation neutre est une procédure qui vise à favoriser le règlement des litiges dans certains genres de cas. Un évaluateur neutre vous donnera, à vous et à votre compagnie d'assurance, son opinion franche quant à vos positions respectives et quant à l'issue probable, ou les diverses issues possibles, si le différend est porté à l'arbitrage privé, à l'arbitrage devant la Commission ou devant les tribunaux judiciaires.

L'évaluation neutre donne une autre chance aux parties de régler les questions en litige et d'éviter l'arbitrage. Cette étape du processus de règlement des différends peut faire économiser beaucoup d'argent et de temps aux parties en leur évitant d'avoir recours à l'arbitrage ou aux tribunaux judiciaires. Aux termes de la *Loi sur les assurances*, l'évaluation neutre a lieu après l'échec de la médiation et avant que le litige ne soit soumis à l'arbitrage ou porté devant les tribunaux judiciaires.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR UNE ÉVALUATION NEUTRE ?

Vous pouvez demander une évaluation neutre privée ou auprès de la Commission dans le cadre de sa procédure d'arbitrage. Pour obtenir une évaluation neutre auprès de la Commission, vous devez d'abord faire une demande d'arbitrage puis payer les frais. Vous devez indiquer sur votre **Demande d'arbitrage** que vous souhaitez participer à une évaluation neutre. Si l'assureur est d'accord, le Directeur des arbitrages désignera un évaluateur neutre tiré du personnel de la Commission et ajournera l'arbitrage jusqu'à ce que l'évaluation neutre soit terminée. Si votre cas n'est pas réglé à l'évaluation neutre, votre différend passera directement à une audience d'arbitrage, contournant ainsi l'étape d'une conférence préparatoire à l'audience. (Pour de plus amples renseignements sur cette option, consultez la **Note pratique n° 6** Évaluation neutre à la Commission des services financiers de l'Ontario).

Si vous et votre assureur optez pour une évaluation neutre privée (aux termes de la *Loi sur les assurances*), vous devez convenir du choix de l'évaluateur neutre, négocier ses honoraires et décider qui devra les payer. L'évaluateur doit ensuite être désigné par le directeur des arbitrages de la Commission. La procédure de désignation est simple. Les parties fournissent au directeur des arbitrages, par écrit, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de l'évaluateur neutre. Elles doivent également confirmer par écrit qu'elles consentent à payer les frais de l'évaluation et que l'évaluateur neutre a accepté de mener l'évaluation conformément aux dispositions de la *Loi sur les assurances*. Sur la foi de cette information, le directeur des arbitrages désignera l'évaluateur neutre et lui remettra une copie du **Rapport du médiateur** ainsi qu'une formule approuvée pour le **Rapport de l'évaluateur neutre**.

La Commission ne paie pas les honoraires de l'évaluateur privé et elle ne maintient aucune liste d'évaluateurs neutres privés approuvés ou recommandés.

Si un médiateur recommande une évaluation neutre, vous devrez vous soumettre à une évaluation neutre privée conformément à la *Loi sur les assurances* avant que votre différend soit porté à l'arbitrage privé, à l'arbitrage devant la Commission ou devant les tribunaux judiciaires.

Dans quelles circonstances un médiateur recommande-t-il une évaluation neutre ?

Le médiateur doit observer des critères rigoureux avant de recommander une évaluation neutre.

Premièrement, le médiateur doit croire qu'une évaluation neutre aboutira vraisemblablement au règlement de votre différend. Cette opinion doit se fonder sur plusieurs facteurs, dont la nature du litige, la connaissance des parties de la cause, leurs attentes et le bien-fondé de leurs positions.

Deuxièmement, le médiateur doit déterminer si les parties ont bien documenté leur position. Ont-elles divulgué toute l'information nécessaire à l'autre partie lors de la médiation ou sont-elles en mesure d'échanger les documents nécessaires dans les 30 jours qui suivent la date du **Rapport du médiateur** ?

Troisièmement, si les deux parties conviennent de soumettre leur différend à une évaluation neutre, ce fait sera indiqué dans le **Rapport du médiateur** et, le cas échéant, la recommandation du médiateur n'est pas nécessaire. Le médiateur expliquera les modalités d'une évaluation neutre privée et d'une évaluation neutre auprès de la Commission. Les parties peuvent ensuite décider des démarches à prendre.

Quatrièmement, si seulement la personne assurée veut une évaluation neutre, le médiateur peut envisager de recommander une telle évaluation. Dans ces circonstances, le médiateur explique les modalités d'une évaluation neutre privée aux termes de la *Loi sur les assurances*.

Cinquièmement, avant de renvoyer un différend pour évaluation neutre, le médiateur doit s'assurer que les parties ont convenu des modalités de paiement des services de l'évaluateur. Les parties doivent s'entendre sur l'évaluateur et prendre les démarches nécessaires auprès du directeur des arbitrages pour obtenir la nomination de cette personne conformément aux provisions susmentionnées.

Comment puis-je communiquer avec le bureau du directeur des arbitrages ?

Pour communiquer avec le bureau du directeur des arbitrages :

Commission des services financiers de l'Ontario
Groupe de règlement des différends
Unité d'arbitrage
5160, rue Yonge, 14e étage
North York (Ontario) M2N 6L9
Téléphone : 416 590-7202
Télécopieur : 416 590-7077

This publication is also available in English.

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES ET AUX ASSUREURS

ÉVALUATION NEUTRE À LA COMMISION DES SERVICES FINANCIERS DE L'ONTARIO

QU'ENTEND-ON PAR ÉVALUATION NEUTRE ?

Une évaluation neutre est une méthode qui peut être choisie volontairement pour le règlement d'un différend dans le cadre du processus d'arbitrage devant la Commission des services financiers de l'Ontario. En ayant recours à l'évaluation neutre, dans les cas où cela est approprié, les parties peuvent gagner du temps et faire des économies en tentant de régler leur différend avant qu'il ne soit porté en arbitrage.

L'évaluation neutre est menée par un ou une arbitre de la Commission, qui joue le rôle d'évaluateur neutre. Cette personne fournit un **avis** rapide et indépendant, qui fait autorité tout en **n'étant pas exécutoire**, sur l'issue probable, ou un éventail d'issues probables, si le différend fait l'objet d'une audience d'arbitrage.

Une évaluation neutre n'est pas indiquée dans toutes les causes. La plupart des cas d'arbitrage de la Commission font d'abord l'objet d'une conférence préparatoire à l'audience (Voir la **Note pratique 7** - La conférence préparatoire à l'audience d'arbitrage).

L'évaluation neutre **ne remplace pas** la conférence préparatoire à l'audience.

L'évaluateur neutre ne remplace **pas** une conférence preparatoire. Des différends concernant l'identification et l'échange de documents, des questions de procédure, des questions préliminaires ou des requêtes en redressement provisoire ne seront pas tranchés par l'evaluteur neutre.

QUELLES SONT LES CAUSES OÙ UNE ÉVALUATION NEUTRE EST INDIQUÉE ?

Pour qu'une évaluation neutre soit efficace, les deux parties doivent avoir au préalable demandé, fourni et reçu tous les documents nécessaires et pertinents afin de déterminer les questions en litige. L'évaluateur neutre ne peut fournir un avis qui fait autorité quant à l'issue probable du différend que si les parties connaissent les détails pertinents de l'affaire. Les parties doivent donc disposer de tous les documents qu'elles auraient en main lorsque les derniers arguments seraient formulés à la fin d'une audience. Par conséquent, lorsqu'il manque toujours des documents importants, une cause **ne peut pas** faire l'objet d'une évaluation neutre.

L'évaluation neutre vise à régler **toutes** les questions en litige entre les parties. En règle générale, on **ne procédera pas** à une évaluation neutre de certaines de ces questions seulement.

Les causes qui se prêtent particulièrement bien à l'évaluation neutre sont celles qui ne mettent pas en cause les faits ou qui portent principalement sur une question d'interprétation juridique qui a fait l'objet d'un examen par la Commission ou les tribunaux judiciaires.

Les causes qui portent sur des allégations de fraude ou sur d'importantes questions de crédibilité conviennent généralement moins à une évaluation neutre. Dans ces causes, l'avis de l'évaluateur neutre risque de polariser encore davantage les parties, réduisant ainsi les chances d'en arriver à un règlement.

Comment puis-je obtenir une évaluation neutre de la Commission des services financiers de l'Ontario ?

Une personne assurée peut se servir de la ***Demande d'arbitrage*** (formulaire C) pour demander une évaluation neutre. Si une personne assurée présente une telle demande, l'assureur peut consentir à l'évaluation en déposant par télécopieur le formulaire D, ***Consentement à une évaluation neutre auprès de la Commission***, dûment rempli, dans les vingt jours suivant la réception de la ***Demande d'arbitrage***.

L'assureur peut également amorcer une évaluation neutre en obtenant le consentement écrit de l'auteur de la demande et en déposant par télécopieur le formulaire D, ***Consentement à une évaluation neutre auprès de la Commission***, dûment rempli, dans les 20 jours suivant la réception de la ***Demande d'arbitrage***.

La Commission ne prend des dispositions pour la tenue d'une évaluation neutre que si les deux parties en litige y consentent.

Comment puis-je me préparer à une évaluation neutre ?

Les parties ne sont pas obligées d'être représentées par un(e) avocat(e) lors d'une évaluation neutre. Toutefois, les questions de fait et de droit soumises sont souvent complexes, et la plupart des parties se font représenter par un(e) avocat(e) dans le cadre du processus d'arbitrage, y compris les évaluations neutres.

La date d'une évaluation neutre n'est fixée qu'une fois que les parties ont déposé le formulaire H, ***Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre auprès de la Commission*** en vertu de la **Règle 44** du Code des pratiques pour le règlement des différends, où elles dressent la liste des questions en litige. De plus, chaque partie doit préparer, au moins dix jours avant la date prévue de l'évaluation, un **sommaire de cas** en vertu de la **Règle 45** indiquant exactement ce que la partie désire obtenir et renfermant un compte rendu des preuves à l'appui.

Chaque partie doit également fournir des copies des documents pertinents et nécessaires pour étayer sa cause, documents que l'évaluateur neutre devrait lire et prendre en considération avant de donner son avis.

Avant de participer à une séance d'évaluation neutre, chaque partie doit se familiariser avec la cause, telle que perçue par toutes les parties. Les parties n'appellent pas de témoins. Dans les circonstances exceptionnelles, une partie peut demander l'assistance d'une personne clé, telle qu'un comptable ou un médecin, pour aider l'évaluateur à bien comprendre les éléments de preuve déposés. Dans ce cas, il faut obtenir au préalable l'autorisation écrite du Bureau du registrateur.

Dois-je assister à la séance d'évaluation neutre ?

ABSOLUMENT.

L'évaluation neutre ne peut être efficace que si les deux parties et leurs représentants assistent à la séance, pour entendre les propos et obtenir l'avis de l'évaluateur neutre.

Que se passe-t-il lors d'une évaluation neutre ?

Avant la séance, la personne qui joue le rôle d'évaluateur neutre prend connaissance des sommaires et des documents déposés par les parties.

On prévoit une demi-journée pour une évaluation neutre, qui peut avoir lieu dans les bureaux de la Commission à North York ou par conférence téléphonique.

Le déroulement de la séance d'évaluation neutre est souple et peut être adapté aux besoins particuliers des parties et aux circonstances entourant le cas. Au début de la séance, l'évaluateur neutre propose généralement diverses formules pour l'évaluation et demande aux parties de déterminer celle qui serait la plus susceptible de mener au règlement de leur différend.

En règle générale, l'évaluateur neutre entend de brefs arguments de la part de chaque partie visant

à mettre en lumière la position de chacune et les preuves à l'appui de cette position. L'évaluateur neutre pose alors des questions à chaque partie au sujet des preuves présentées, des conclusions tirées à partir de ces preuves ou de l'interprétation des mesures législatives pertinentes.

Après avoir pris en considération les preuves déposées et les arguments présentés, par écrit et oralement, l'évaluateur neutre tente d'aider les parties à en arriver à un règlement avant de fournir un avis oral sur l'issue probable d'une audience. L'évaluateur neutre peut discuter séparément avec les parties, si elles y consentent, ou interrompre la séance pour donner la chance aux parties de discuter en privé des possibilités de règlement qui ont découlé du processus. S'il y a règlement du différend, l'évaluateur rédige un rapport portant sur les questions qui ont fait l'objet de l'évaluation et d'un règlement.

QUE SE PASSE-T-IL SI LE DIFFÉREND N'EST PAS RÉGLÉ DANS LE CADRE DE L'ÉVALUATION NEUTRE ?

Si l'évaluation neutre n'aboutit pas au règlement de toutes les questions en litige, l'évaluateur fixera une date pour une audience d'arbitrage. Il **n'y aura pas** de conférence préparatoire dans ce cas. Par conséquent, aucune des parties ne peut obtenir des ordonnances relatives à la production de documents avant l'audience d'arbitrage, sauf dans des circonstances exceptionnelles où de nouveaux renseignements inattendus ont été obtenus depuis l'évaluation neutre.

L'évaluateur neutre rédigera un rapport écrit sur les questions toujours en litige. L'opinion formulée par l'évaluateur est confidentiel et **n'est pas inclus** dans le rapport. De plus, il est **interdit** aux parties d'informer l'arbitre designé pour presider l'audience de l'avis émis par l'évaluateur neutre. L'arbitre sera une personne **autre** que l'évaluateur neutre.

Pour de plus amples renseignements sur les évaluations neutres privées, veuillez vous reporter à la **Note pratique N° 5** - Renvoi du différend par le médiateur pour évaluation neutre.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

En composant :

- de Toronto, le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

This publication is available in English.

NOTE PRATIQUE
PRACTICE NOTE
7

CETTE NOTE PRATIQUE S ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES ET AUX ASSUREURS

LA CONFÉRENCE PRÉPARATOIRE À L'AUDIENCE D'ARBITAGE

Les parties à une procédure d'arbitrage doivent normalement participer à une ou plusieurs conférences préparatoires au sujet de leur cause avant l'audience d'arbitrage. Cette conférence se tient dans les six à huit semaines qui suivent la date où la personne assurée a reçu la ***Réponse de la compagnie d'assurance***.

Avant le début de la conférence préparatoire, on s'attend à ce que les parties aient échangé les documents indiqués dans la ***Demande d'arbitrage*** et la ***Réponse de la compagnie d'assurance*** ou aient fourni à l'autre partie une explication écrite indiquant la raison pour laquelle un document n'a pas été fourni.

POUR QUELLES RAISONS Y A-T-IL UNE CONFÉRENCE PRÉPARATOIRE À L'AUDIENCE ?

La conférence préparatoire à l'audience donne aux parties l'occasion de discuter de la cause avec un arbitre avant l'audience. L'arbitre peut :

- tenter de résoudre certaines ou toutes les questions en litige ;
- éclaircir les questions devant être portées en arbitrage ;
- expliquer les règles de l'audience ;
- passer en revue la liste des témoins qui assisteront à l'audience et des preuves qui y seront présentées ;
- passer en revue la liste des documents demandés qui n'ont pas été fournis pour chaque partie ;
- décider quels documents devraient être échangés si les parties n'arrivent pas à s'entendre ;
- fixer un lieu et une date d'audience qui conviennent aux parties.

LES PARTIES PARTICIPENT-ELLES À LA CONFÉRENCE EN PERSONNE ?

Les parties peuvent participer en personne ou par téléphone à la conférence préparatoire à l'audience, au gré de l'arbitre.

Que ce soit en personne ou par téléphone, la personne assurée et le(la) représentant(e) de la compagnie d'assurance doivent participer à cette conférence. Les arbitres ont remarqué que la non-participation des parties à la conférence préparatoire nuit souvent aux discussions destinées à résoudre les questions en litige, même lorsque les parties sont représentées par un(e) avocat(e) qui participe à la conférence préparatoire en leur nom.

On s'attend à ce que les clients qui ne peuvent participer en personne fournissent les numéros de téléphone où on peut les joindre pendant la conférence préparatoire.

Un arbitre présidera la conférence. L'arbitre qui préside la conférence préparatoire à l'audience n'est généralement pas celui qui entend la cause à l'audience.

Que dois-je apporter à la conférence préparatoire ?

N'attendez pas au jour de la conférence préparatoire pour préparer votre cause.

Procurez-vous les renseignements médicaux à jour, les documents financiers nécessaires ou les déclarations de revenus récentes **AVANT** la conférence préparatoire à l'audience.

Bien avant la conférence préparatoire, les parties doivent échanger les copies de tous les documents qu'elles ont l'intention d'utiliser lors de la conférence préparatoire. Reportez-vous à la **Note pratique n° 4** - Échange de documents.

Si vous n'avez pas pu échanger les documents au préalable, veuillez en apporter deux photocopies : une pour l'arbitre et une pour l'autre partie. Ces photocopies seront échangées lors de la conférence préparatoire.

L'arbitre posera des questions quant aux témoins qui seront appelés pendant l'audience. Habituellement, les témoins fournissent des renseignements sur l'accident, l'emploi et le revenu de la personne assurée ou sur son état de santé.

Combien de temps après la conférence préparatoire faut-il attendre avant la tenue de l'audience ?

L'arbitre fixera, au moment de la conférence préparatoire, une date d'audience convenable. En règle générale, cette date est fixée de quatre à six mois après la conférence préparatoire. Une fois fixée, la date ne sera changée que dans des circonstances exceptionnelles. Reportez-vous à la Note pratique no 9 – **Ajournements**.

Vos papiers, vos derniers rapports médicaux et vos témoins doivent être prêts pour la date d'audience convenue.

Comment puis-je obtenir de plus amples renseignements ?

En composant :

- de Toronto, le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

This publication is also available in English.

COMMENT ASSIGNER UN TÉMOIN À COMAPAÎTRE À UNE AUDIENCE D'ARBITRAGE

Si vous voulez qu'un témoin assiste à une audience d'arbitrage, vous devez arranger quatre choses : un avis préalable au témoin éventuel, l'assignation, un affidavit de signification de l'assignation et les indemnités de présence appropriées.

Premièrement, vous devez aviser le témoin éventuel que vous comptez lui demander de comparaître à l'audience au moins **30 jours** avant le premier jour de l'audience d'arbitrage.

Ensuite, le témoin doit recevoir une assignation (appelée ***Assignation de témoin***) à comparaître à l'audience ainsi qu'un paiement des indemnités de présence au moins cinq jours ouvrables avant le premier jour de l'audience.

Enfin, la personne qui livre l'assignation doit déposer auprès de la Commission un affidavit (attestant que l'assignation et les indemnités de témoin ont été livrées en personne).

ASSIGNATION D'UN TÉMOIN

1re étape : Avis d'intention à appeler un témoin à comparaître à l'audience d'arbitrage

Le Code des pratiques pour le règlement des différends exige que, dans le cadre de la conférence préparatoire, chaque partie nomme les témoins experts et ordinaires qu'elle compte faire comparaître à l'audience. La **Règle 41** du Code exige que chaque partie avise un témoin éventuel de qu'il sera assigné par cette partie à témoigner à l'audience au moins **30 jours** avant le premier jour de l'audience. Si l'avis approprié n'est pas livré au témoin potentiel, l'arbitre peut dispenser cette personne d'assister à l'audience.

2e étape : Obtenir les formulaires appropriés

Si vous désirez assigner un témoin à comparaître, procurez-vous auprès de la Commission un formulaire intitulé ***Assignation*** (**Formulaire N - Section G** du **Code**.) La Commission peut vous faire parvenir ce formulaire par la poste ou par télécopieur ou vous pouvez vous rendre le chercher en personne. Si vous souhaitez qu'un témoin assiste à votre audience, vous devrez entreprendre les démarches nécessaires à cette fin aussi longtemps que possible avant la date de l'audience.

3e étape : Remplir le formulaire d'assignation

Assurez-vous de fournir tous les renseignements nécessaires sur le formulaire intitulé **Assignation** avant de le remettre à votre témoin :

- √ le numéro du dossier de la Commission;
- √ votre nom;
- √ le nom de la compagnie d'assurance;
- √ le nom et l'adresse de la personne qui reçoit l'assignation (le témoin);
- √ les dates, heure et lieu de l'audience; et
- √ la liste des documents que le témoin doit apporter à l'audience.

4e étape : Remettre le formulaire d'assignation

L'Assignation doit être remise au témoin en personne au moins cinq jours ouvrables avant le

premier jour de l'audience (**Règle 73** du Code des pratiques pour le règlement des différends). Vous ou votre représentant(e) ou un huissier que vous embaucherez (consultez les Pages Jaunes de votre annuaire) pouvez livrer l'assignation. Vous devez aussi vous assurer à ce moment que le témoin a reçu des indemnités. N'oubliez pas que vous devez livrer l'***Assignation*** au moins **cinq** jours ouvrables avant le début de l'audience.

Calcul des indemnités à verser au témoin

Les indemnités de témoin sont normalement de 50 $ par jour pour chaque jour d'audience pendant lequel le témoin est présent. Par contre, les témoins experts, tels que médecins ou comptables exigent souvent un montant plus élevé. Vous devez également payer les frais de déplacement du témoin. Ceux-ci varient selon ce qui suit :

- Si un témoin habite dans la ville où se tient l'audience, vous devez lui verser 3 $ par jour pour ses frais de déplacement.
- Si un témoin habite à l'extérieur de la ville où se tient l'audience, mais à moins de 300 kilomètres, vous devez lui verser 0,24 $ du kilomètre pour l'aller et pour le retour.
- Si le témoin habite à plus de 300 kilomètres du lieu de l'audience, vous devez lui payer ses frais de déplacement, soit le tarif minimum d'un billet d'avion aller-retour plus 0,24 $ du kilomètre pour l'aller et le retour entre le domicile du témoin et l'aéroport et entre l'aéroport et le lieu de l'audience.
- L'hébergement et les repas peuvent aller jusqu'à 75 $ par jour.

N'oubliez pas que le témoin doit recevoir les indemnités au moment où il reçoit l'assignation.

Important

Ayez soin de conserver une copie de l'assignation et du mandat ou du chèque remis au témoin au titre de droits et frais. À la fin de votre audience, vous pouvez demander à l'arbitre de vous accorder vos frais realtifs aux indemnités de témoin, aux déplacements et aux droits acquittés pour l'attestation sous serment de l'***Affidavit de signification pour une assignation de témoin***. (Pour de plus amples renseignements, consultez l'Annexe du Règlement sur les frais à la **Section F** du **Code**).

Comment obtenir un affidavit de signification

Avant l'audience, la Commission doit recevoir un affidavit dûment signé (***Affidavit de signification pour une assignation de témoin*** – **Formulaire O – Section G** du **Code**) attestant que l'assignation et les indemnités ont été remises au témoin en mains propres. L'affidavit peut être livré à la Commission en personne ou par courrier ordinaire, recommandé ou certifié. Il peut également être transmis à la Commission par télécopieur à condition que l'original soit envoyé par la poste.

Dans l'***Affidavit de signification pour une assignation de témoin***, la personne qui a livré votre assignation déclare sous serment qu'elle a remis l'assignation et les indemnités au témoin, en mains propres. La déclaration sous serment se fait devant un(e) commissaire à l'assermentation, par exemple un avocat, un notaire, ou encore un clerc d'avocat ou un paralégal désigné. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès d'un(e) commissaire à l'assermentation désigné(e). Vous devrez peut être payer les services du (de la) commissaire à l'assermentation.

Que se passe-t-il si un témoin ne se présente pas à l'audience ?

La présence de votre témoin à l'audience peut être cruciale pour votre cause; il est donc essentiel que vous suiviez la procédure appropriée pour assigner votre témoin et que vous conserviez une copie de tous les documents. Si votre témoin ne se présente pas à l'audience, ne reste pas ou n'apporte pas les documents énumérés dans l'assignation, vous ne réussirez peut-être pas à faire la preuve du bien-fondé de vos allégations.

Dans une large mesure, ce qui se passera ensuite variera selon que l'assignation, l'affidavit et les indemnités de témoin ont été préparés de façon

appropriée et remis au moins cinq jours ouvrables avant le premier jour de l'audience. L'arbitre examinera l'affidavit afin de s'assurer que tout ce qui devait être fait a été fait dans les règles. Si vos copies de ces documents indiquent que le témoin a été assigné correctement, il se peut que l'arbitre accorde un ajournement et fixe une nouvelle date d'audience. Il se peut également qu'un mandat du shérif puisse être obtenu auprès d'un tribunal judiciaire pour faire amener le témoin à l'audience.

COMMENTS PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

En composant :

- de Toronto, le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

This publication is also available in English.

AJOURNMENTS

La Commission a la responsabilité de mener des arbitrages efficacement et rapidement. Elle communique avec les parties qui conviennent longtemps à l'avance de dates pour la tenue de la conférence préparatoire et de l'audience. Par conséquent, elle n'accorde un ajournement que de façon restreinte une fois les dates fixées.

QUAND ACCORDE-T-ON UN AJOURNEMENT ?

Les demandes d'ajournement ne sont prises en considération que dans trois situations :

- dans les cas d'urgence personnelle comme une maladie grave ou un décès dans la famille ;
- pour des raisons valables liées à l'audience, telles qu'un règlement imminent ou un retard **INÉVITABLE** dans l'obtention d'une preuve médicale ou d'une autre preuve essentielle ;
- lorsqu'un(e) avocat(e) doit participer à un procès ou à une autre instance qui devait être terminé avant le début de l'arbitrage à la Commission, mais qui s'est poursuivi ou qui est remis jusqu'à la date prévue de l'arbitrage.

QUAND REFUSE-T-ON D'ACCORDER UN AJOURNEMENT ?

Les ajournements sont normalement refusés s'ils ne tombent pas dans l'une des trois catégories mentionnées ci-dessus. Les cas les plus fréquents où l'on refuse d'accorder un ajournement sont les suivants :

- les conflits d'horaires pour les parties ou leurs avocats (sauf les conflits avec les dates de procès fixées au préalable, tels qu'indiqués ci-dessus) ;
- lorsque les parties n'ont pas fait d'effort raisonnable pour se conformer, ou ont tardé à se conformer, aux engagements et aux ordonnances faisant suite à la conférence préparatoire à l'audience ;
- lorsque les parties n'ont pas pris de dispositions préalables pour s'assurer de la disponibilité des documents ou de la présence des témoins ;
- lorsque les parties n'ont pas pris de dispositions préalables pour obtenir des évaluations ou des examens médicaux supplémentaires ou de suivi.

EXIGENCES RELATIVES AUX AVIS

On exige généralement un préavis de sept jours pour une demande d'ajournement. On doit présenter la demande d'ajournement d'une conférence préparatoire ou d'un arbitrage par écrit au Bureau du registrateur, en faisant parvenir une copie aux autres parties. La demande d'ajournement d'un appel ou d'une modification ou révocation doit être soumise au Directeur des arbitrages. Les demandes doivent expliquer les motifs de l'ajournement et indiquer si les autres parties y consentent. Les demandes doivent également proposer des dates de rechange acceptables à toutes les parties. La partie qui désire obtenir l'ajournement doit communiquer avec les autres parties qui participent à l'audience afin de trouver des dates de rechange acceptables par les parties avant de demander l'ajournement.

Le Bureau du registrateur, le Directeur des arbitrages ou un arbitre peut traiter par conférence téléphonique les demandes d'ajournement

présentées moins de sept jours avant la date prévue.

Nouvelle date de l'audience

Il est conseillé de proposer plus d'une date de rechange pour l'ajournement demandé. Un ajournement sine die (c'est-à-dire à une date indéterminée) ne sera accordé que dans des circonstances extraordinaires.

Confirmation écrite de l'ajournement reçue de la commission

La Commission émet une réponse écrite à toute demande d'ajournement. Un ajournement n'est pas accordé sans qu'une confirmation écrite ne soit envoyée aux parties et à leurs représentants. Si vous n'avez pas reçu de confirmation de votre demande d'ajournement avant la date prévue de l'audience, vous devez vous présenter à l'audience à la date prévue pour faire votre demande d'ajournement auprès de l'arbitre.

Comment puis-je obtenir de plus amples renseignements ?

En composant :

- de Toronto, le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, le 1 800 517-2332

This publication is also available in English.

Commission des services financiers de l'Ontario
Financial Services Commission of Ontario

NOTE PRATIQUE
PRACTICE NOTE
10

Groupe de règlement des différends / Dispute Resolution Group

CETTE NOTE PRATIQUE S ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES ET AUX ASSUREURS

PROCÉDURE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS ENTRE LES COMPAIGNES D'ASSURANCE-AUTOMOBILE

La présente Note a pour but d'informer les personnes assurées et les assureurs des dispositions du Règlement 283/95 **Différends entre les assureurs**. Le Règlement garantit que les personnes assurées ont accès aux indemnités d'accident légales (indemnités) lorsque deux ou plusieurs assureurs ne sont pas d'accord sur celui qui est responsable du paiement des indemnités. En outre, aux termes du Règlement, les différends de cette nature entre les assureurs doivent être soumis à l'arbitrage privé au titre de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*. Ces différends entre les assureurs ne sont plus traités par l'entremise du procédure de règlement des différends de la Commission. Un exemplaire du Règlement est annexé à la présente Note pratique.

CONTEXTE – ARTICLE 268 DE LA *LOI SUR LES ASSURANCES*

L'article 268 de la Loi sur les assurances stipule les règles pour déterminer quelle compagnie d'assurance-automobile est responsable de l'indemnisation dans des circonstances précises. On a recours à cet article pour déterminer quel assureur est tenu de verser les indemnités lorsque l'auteur de la demande ne détient pas sa propre police d'assurance ou lorsqu'une couverture peut être réclamée en vertu de plusieurs polices d'assurance. Dans certains cas, l'article 268 exige qu'une compagnie d'assurance en particulier s'occupe de la demande. Dans d'autres cas, deux ou plusieurs compagnies peuvent être tenues de payer les indemnités et l'auteur de la demande peut choisir l'assureur auquel il veut présenter sa demande. Vous trouverez ci-joint un extrait de l'article 268 qui décrit les règles de priorité relatives au paiement des indemnités.

Les différends entre les assureurs peuvent survenir dans différentes situations. Par exemple, si un(e) passager(ère) impliqué(e) dans un accident d'automobile ne détient pas sa propre police d'assurance, il n'est peut-être pas clair s'il (si elle) est couvert(e) par la police de son conjoint, de ses parents, ou d'un autre véhicule impliqué dans l'accident. Le conjoint ou la personne à charge d'une personne assurée nommément désignée dans une police doit réclamer des indemnités aux termes de cette police. Une personne autre qu'un conjoint ou une personne à charge doit réclamer des indemnités en vertu de la police d'assurance d'un véhicule impliqué dans l'accident.

RÈGLEMENT 283/95 – DIFFÉRENDS ENTRE ASSUREURS

Le présent Règlement garantit que les victimes d'accident ne se verront pas refuser des indemnités simplement parce que le premier assureur qui reçoit la demande d'indemnités croit que c'est un autre assureur qui devrait payer. L'article 2 du Règlement stipule que le **premier** assureur qui reçoit la demande d'indemnités doit régler la demande et verser les indemnités auxquelles la personne assurée a droit, en attendant la résolution de tout différend en ce qui concerne l'assureur tenu de verser les indemnités (voir l'article 2 du Règlement). Le premier assureur ne peut pas refuser de payer des indemnités sous prétexte que la personne assurée s'est peut-être adressée à la mauvaise compagnie d'assurance.

Si un assureur croit qu'une autre compagnie d'assurance devrait indemniser la personne assurée, celui-ci doit aviser l'autre compagnie **dans les 90 jours** suivant la réception d'une demande d'indemnités d'accident légales dûment remplie. L'assureur doit en outre aviser la personne assurée à cet effet et l'informer qu'il a l'intention de transférer la demande à cette compagnie. Si la personne assurée n'est pas d'accord avec le transfert, elle doit aviser l'assureur de son objection dans un **délai de 14 jours**, à défaut de quoi, la personne assurée ne pourra pas être partie au différend entre les assureurs quant à la désignation de l'assureur responsable du paiement.

Aux termes du Règlement, ces différends entre les assureurs ne peuvent plus être soumis au procédure de règlement des différends de la Commission. Ces différends sont maintenant soumis à l'arbitrage privé en vertu de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*. Si la personne assurée a donné un avis de son objection au transfert de sa demande, celle-ci ou son (sa) représentant(e) a le droit de participer à l'arbitrage conformément à la *Loi sur l'arbitrage*. Toute instance d'arbitrage de cet ordre doit être commencée dans **l'année qui suit** la date à laquelle le premier assureur a soumis un avis concernant la responsabilité d'une autre compagnie.

Obligations de l'assureur

Le Règlement stipule que le premier assureur à recevoir une demande d'indemnités doit vérifier l'admissibilité et régler la demande comme il le ferait en tout autre cas, en demandant notamment un examen médical indépendant ou en amorçant la procédure d'évaluation désignée ou de médiation, au besoin. Le Règlement ne permet pas à l'assureur de refuser une demande d'indemnités parce qu'il croit qu'un autre assureur est tenu de payer les indemnités en vertu de l'article 268 de la *Loi sur les assurances*.

Lorsque le premier assureur croit qu'il n'est pas responsable et que la personne assurée n'est pas admissible aux indemnités au titre de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, celui-ci doit répondre à la demande de deux façons distinctes : en faisant parvenir un avis à l'assureur qu'il croit responsable de l'indemnisation en vertu de l'article 268 et en suivant les procédures pour refuser une demande d'indemnités conformément à la procédure normale de règlement des différends de la Commission.

Obligations de la personne assurée

Le Règlement vise à s'assurer que l'auteur de la demande n'est pas coincé entre deux assureurs, chacun contestant sa responsabilité de l'indemniser. Cependant, le Règlement ne peut pas fonctionner correctement s'il n'est pas établi clairement lequel des assureurs a reçu en premier la demande d'indemnités. Par conséquent, on recommande à l'auteur de la demande d'examiner avec soin la question à savoir lequel des assureurs est tenu de payer les indemnités en vertu des dispositions de l'article 268 de la *Loi sur les assurances*, **avant** de soumettre sa demande d'indemnités. Afin d'éviter un différend en ce qui concerne l'assureur qui a reçu la demande en premier, **on recommande à l'auteur de la demande de soumettre d'abord une seule demande d'indemnités**.

Si l'assureur auquel la personne assurée s'adresse en premier ne répond pas à la demande, ou retarde ou refuse le paiement en invoquant la responsabilité d'un autre assureur, au titre de l'article 268 de la *Loi sur les assurances*, l'auteur de la demande devrait s'adresser au Bureau de l'ombudsman des assurances de la Commission. L'auteur de la demande peut en outre déposer une ***Demande de médiation*** contre le premier assureur en ce qui concerne tout retard de paiement ou défaut de répondre.

Le Règlement stipule que l'auteur de la demande doit fournir aux assureurs toute l'information nécessaire pour déterminer quel assureur est tenu de verser les indemnités (voir l'article 6 du Règlement). L'auteur(e) de la demande n'est pas tenu(e) de participer à l'arbitrage privé qui aura lieu si le différend n'est pas réglé. L'auteur(e) de la demande a le droit de s'opposer au transfert d'une demande (sauf si la demande d'indemnités a été soumise au Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles – article 11) et d'être partie à l'arbitrage privé s'il (si elle) dépose son

objection dans les **14 jours** suivant la réception d'un avis l'informant du différend (voir l'article 5 du Règlement).

RESPONSABILITÉ AUX TERMES DE L'ARTICLE 268 DE *LA LOI SUR LES ASSURANCES* EN CONTREPARTIE D'ADMISSIBILTÉ EN VERTU DE L'*ANNEXE SUR LES INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES*

Dans certains cas, des assureurs ont exprimé leur incertitude quant à la façon de traiter une demande d'indemnités lorsqu'il y a un différend entre les assureurs.

Si l'assureur croit que l'auteur(e) de la demande n'est pas admissible aux indemnités, le différend doit être soumis à la médiation devant la Commission.

Si l'assureur croit qu'un autre assureur est tenu de verser les indemnités, il s'agit alors d'un différend aux termes du Règlement 283/95. Dans ce cas, le premier assureur doit aviser l'autre assureur et l'auteur(e) de la demande, comme il est expliqué ci-dessus, et soumettre le différend à l'arbitrage privé.

Si le premier assureur refuse la demande d'indemnités pour plusieurs motifs, dont certains se fondent sur l'inadmissibilité et d'autres sur la responsabilité d'autres assureurs, il doit contester la demande de la manière normale devant la Commission en ce qui concerne la question de l'admissibilité. Il doit en outre, conformément aux dispositions du Règlement, aviser par écrit l'assureur qu'il croit responsable de l'indemnisation, au cas où l'admissibilité serait établie. Le deuxième assureur peut demander la permission de participer à l'instance à la Commission concernant l'admissibilité aux indemnités.

La présente Note constitue un bref résumé d'un sujet complexe. Veuillez vous reporter au Règlement 283/95 et à la *Loi sur les assurances* pour obtenir de l'information plus précise.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

Pour communiquer avec la Commission :

- de Toronto, composez le 416 250-6714
- de l'extérieur de Toronto, composez le 1 800 517-2332

Pour communiquer avec le Bureau de l'ombudsman des assurances de la Commission :

- de Toronto, composez le 416 250-7250
- de l'extérieur de Toronto, composez le 1 800 668-0128

This publication is also available in English.

EXTRAIT DE LA LOI SUR LES ASSURANCES L.R.O. 1990 CHAP. 1.8, TEL QUE MODIFIÉ

INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES

268.—(1) Chaque contrat constaté par une police de responsabilité automobile, y compris chaque contrat en vigueur au moment où est prise ou modifiée l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*, est réputé prévoir les indemnités d'accident légales énoncées à l'*Annexe*, et dans les modifications apportées à celle-ci, sous réserve des conditions, dispositions, exclusions et restrictions énoncées à cette *Annexe*.

OBLIGATION DE PAYER

(2) Les règles suivantes s'appliquent en vue de déterminer qui est tenu de verser les indemnités d'accident légales :

1. À l'égard d'une personne transportée dans une automobile :

    i. la personne transportée a un recours contre l'assureur de l'automobile à l'égard de laquelle elle est un assuré,

    ii. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i, la personne transportée a un recours contre l'assureur de l'automobile dans laquelle elle était une personne transportée,

    iii. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i ou ii, la personne transportée a un recours contre l'assureur de toute autre automobile impliquée dans l'incident dont découle le droit de recevoir des indemnités d'accident légales,

    iv. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i, ii ou iii, la personne transportée a un recours contre le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles.

2. À l'égard des personnes non transportées :

    i. la personne non transportée a un recours contre l'assureur de l'automobile à l'égard de laquelle elle est un assuré,

    ii. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i, la personne non transportée a un recours contre l'assureur de l'automobile qui l'a heurtée,

    iii. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i ou ii, la personne non transportée a un recours contre l'assureur de toute autre automobile impliquée dans l'incident dont découle le droit de recevoir des indemnités d'accident légales,

iv. si le recouvrement n'est pas possible aux termes de la sous disposition i, ii ou iii, la personne non transportée a un recours contre le Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents d'automobiles.

RESPONSABILITÉ

(3) L'assureur contre qui une personne a un recours pour le paiement **d'indemnités d'accident légales** est tenu de payer les indemnités.

CHOIX DE L'ASSUREUR

(4) Si, aux termes de la sous-disposition i ou iii de la disposition 1 ou aux termes de la sous-disposition i ou iii de la disposition 2 du paragraphe (2), une personne a un recours contre plus d'un assureur pour le paiement d'indemnités d'accident légales, elle peut choisir, à son entière discrétion, l'assureur à qui elle réclamera ces indemnités.

(5) Malgré le paragraphe (4), si une personne est un assuré nommément désigné dans un contrat constaté par une police de responsabilité automobile ou qu'elle est le conjoint ou le partenaire du même sexe ou une personne à charge, au sens de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales, de cet assuré, elle ne réclame des indemnités d'accident légales qu'à l'assureur aux termes de cette police.

IDEM

(5.1) Sous réserve du paragraphe (5.2), s'il existe plus d'un assureur à qui la personne peut réclamer des indemnités en vertu du paragraphe (5), celle-ci peut choisir, à sa discrétion, l'assureur à qui elle réclamera des indemnités.

IDEM

(5.2) S'il existe plus d'un assureur à qui la personne peut réclamer des indemnités en vertu du paragraphe (5) et que celle-ci était, au moment de l'incident, une des personnes transportées dans l'automobile à l'égard de laquelle elle est l'assuré nommément désigné ou le conjoint de ce dernier ou une personne à sa charge, la personne ne réclame des indemnités d'accident légales qu'à l'assureur de l'automobile laquelle elle était transportée,

EXTRAIT DE LA LOI SUR LES ASSURANCES L.R.O. 1990 CHAP. 1.8, TEL QUE MODIFIÉ

(TRADUCTION NON OFFICIELLE)

RÈGLEMENT 283/95
DIFFÉRENDS ENTRE DES ASSUREURS

1. Tous les différends en vue de déterminer quel assureur doit verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi* sont réglés conformément au présent Règlement.

2. Le premier assureur à recevoir une demande d'indemnités dûment remplie est tenu de verser les indemnités à une personne assurée jusqu'au règlement d'un différend en vue de déterminer quel assureur doit verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi*.

3. (1) Un assureur ne peut contester son obligation de verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi* à moins de donner, dans les 90 jours qui suivent la réception d'une demande d'indemnités dûment remplie, un avis écrit à chaque assureur qui, d'après lui, devrait payer les indemnités aux termes de cet article.

   (2) Un assureur peut donner un avis après la période de 90 jours si :

      (a) la période de 90 jours ne suffit pour déterminer si un ou plusieurs autres assureurs sont tenus de verser les indemnités aux termes de l'article 268 de la *Loi* ; et

      (b) au cours de la période de 90 jours, l'assureur a mené des enquêtes raisonnables nécessaires pour déterminer si un autre assureur était tenu de verser les indemnités.

   (3) La question déterminant si un assureur qui n'a pas donné un avis dans la période de 90 jours a respecté le paragraphe (2) sera réglée au moyen d'un arbitrage conformément à l'article 7.

4. L'assureur qui donne un avis aux termes de l'article 3 donne aussi un avis à la personne assurée au moyen d'un formulaire approuvé par le commissaire.

5. (1) Une personne assurée qui reçoit un avis aux termes de l'article 4 avisera également l'assureur qui verse les indemnités de son opposition au transfert de sa demande aux assureurs mentionnés dans l'avis, par écrit dans les 14 jours suivant réception de l'avis.

   (2) Si la personne assurée n'avise pas l'assureur de son opposition au transfert de la demande dans les 14 jours suivant réception de l'avis, elle n'a pas le droit de s'opposer à toute entente ou décision ultérieure visant le transfert de la demande aux assureurs mentionnés dans l'avis.

(3) La personne assurée qui a avisé l'assureur de son opposition a le droit de participer à titre de partie à toute instance subséquente en vue de régler le différend et aucune entente entre les assureurs établissant quel assureur versera les indemnités n'est exécutoire à moins que la personne assurée n'y consente ou que 14 jours se soient écoulés depuis que la personne assurée a été avisée par écrit de la conclusion de l'entente et qu'elle n'ait pas introduit de procédure d'arbitrage en vertu de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*.

6. La personne assurée fournit aux assureurs tous les renseignements pertinents nécessaires pour déterminer quel assureur est tenu de verser les indemnités en vertu de l'article 268 de la *Loi*.

7. (1) Si les assureurs ne peuvent pas s'entendre sur celui qui est tenu de verser les indemnités ou que la personne assurée n'est pas d'accord avec l'entente conclue entre les assureurs établissant qu'un assureur autre que celui qu'elle a choisi est tenu de verser les indemnités, le différend sera réglé au moyen d'un arbitrage en vertu de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*.

(2) L'assureur qui verse les indemnités en vertu de l'article 2, tout autre assureur à qui on impute la responsabilité de payer les indemnités ou la personne assurée qui a donné un avis indiquant son opposition au changement d'assureur en vertu de l'article 5 peuvent avoir recours à l'arbitrage. Toutefois, aucune procédure d'arbitrage ne peut être lancée après une période d'un an à partir de la date où l'assureur qui verse les indemnités en vertu de l'article 2 a donné un premier avis aux termes de l'article 3.

8. (1) Sauf pour ce qui est des dispositions du présent règlement, la *Loi de 1991 sur l'arbitrage* s'applique à une procédure d'arbitrage lancée en vertu du présent règlement.

(2) Les décisions d'un arbitre en vertu du présent règlement sont rendues publiques.

9. (1) Sauf indication contraire dans une ordonnance de l'arbitre ou si les parties s'entendent avant le début de l'arbitrage, les frais de l'arbitrage pour toutes les parties, y compris les frais reliés à l'arbitre, sont assumés par les parties qui n'ont pas eu gain de cause lors de l'arbitrage.

(2) Les frais visés au paragraphe (1) sont déterminés conformément à l'article 56 de la *Loi de 1991 sur l'arbitrage*.

10.(1) Si un assureur qui reçoit un avis en vertu de l'article 3 conteste son obligation de verser les indemnités en se fondant sur le fait que d'autres assureurs, à l'exclusion de l'assureur donnant l'avis, ont un degré de priorité égal ou supérieur au sien en vertu de l'article 268 de la *Loi*, il doit donner un avis aux autres assureurs.

(2) Le présent règlement s'applique aux autres assureurs qui reçoivent un avis de la même façon que pour le premier assureur qui reçoit un avis aux termes de l'article 3.

(3) Le différend entre les assureurs se règle dans le cadre d'une procédure d'arbitrage.

11. Si une demande d'indemnités est présentée au Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules automobiles, les articles 4 et 5 ne s'appliquent pas et la personne assurée n'a pas le droit de lancer une procédure d'arbitrage ni d'y être partie conformément à aux termes en vertu de l'article 7.

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES ET AUX ASSUREURS

QUESTIONS DE COMPÉTENCE SOULEVÉES LORS DE LA MÉDIATION

La présente Note pratique vise à informer les personnes assurées et les assureurs de la politique de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission ») à l'égard des questions de compétence qui sont fréquemment soulevées dans le cadre d'une procédure de médiation.

A. COMPÉTENCE GÉNÉRALE :

Les services de médiation de la Commission visent à régler des différends concernant les indemnités d'accident admissibles aux termes des *Annexes sur les indemnités d'accident légales* en vigueur depuis le 22 juin 1990. Les demandes d'indemnités admissibles portent sur les blessures personnelles subies lors d'un accident d'automobile. Les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes d'indemnités relatives aux accidents survenus avant le 22 juin 1990. Pour obtenir des renseignements au sujet des réclamations contre des assureurs, qui se situent en dehors des compétences des services de médiation, veuillez vous adresser au Bureau de l'ombudsman des assurances de la Commission.

1. AUCUN SERVICE DE MÉDIATION POUR LES DEMANDES D'INDEMNITÉS PORTANT SUR LES DOMMAGES MATÉRIELS

Les services de médiation ne s'appliquent pas aux différends portant sur les dommages subis par une automobile ou autres dommages matériels, sous réserve de dispositions particulières des *Annexes*.

2. AUCUN SERVICE DE MÉDIATION POUR LES DEMANDES D'INDEMNITÉS HEBDOMADAIRES DURANT LA PREMIÈRE SEMAINE D'INVALIDITÉ

Aux termes des *Annexes*, aucune indemnité hebdomadaire n'est payable pour la première semaine d'invalidité. Par conséquent, les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes visant à obtenir le versement d'indemnités hebdomadaires durant la première semaine d'invalidité.

3. AUCUN SERVICE DE MÉDIATION DANS LE CAS OÙ AUCUNE DEMANDE D'INDEMNITÉS D'ACCIDENT N'A ÉTÉ PRÉSENTÉE À L'ASSUREUR

Les personnes assurées peuvent recourir à des services de médiation lorsqu'elles ont présenté à un assureur automobile une demande d'indemnités qui a été rejetée. Les personnes assurées ont le droit de recevoir de l'assureur un avis écrit indiquant le refus de verser des indemnités et précisant les raisons de ce refus. Les services de médiation ne s'appliquent pas aux ***Demandes de médiation*** dans le cas où la personne assurée n'a pas présenté au préalable une demande d'indemnités auprès de l'assureur. Lorsqu'une demande d'indemnités a été présentée à l'assureur et que le délai prévu aux règlements pour son évaluation est échu, une ***Demande de médiation*** sera acceptée sur le refus présumé de l'assureur.

4. QUESTIONS AYANT DÉJÀ FAIT L'OBJET D'UNE MÉDIATION

Les services de médiation ne sont pas accessibles au sujet de questions qui, selon le ***Rapport du***

médiateur, ont déjà fait l'objet d'une procédure de médiation antérieure, et ce, que ces questions aient été notées réglées ou non. Au cas où un processus de médiation a échoué, ou au cas où les questions en litige ont été réglées mais que le règlement s'est effondré par après, les options sont les suivantes :

- ne faire aucune autre démarche;
- présenter une ***Demande d'arbitrage*** auprès de la Commission;
- retenir les services d'un arbitre privé conformément aux dispositions de la *Loi* sur l'arbitrage et de la *Loi* sur les assurances;
- demander une Évaluation neutre privée ou dans le cadre d'une ***Demande d'arbitrage*** auprès de la Commission ;
- intenter des poursuites judiciaires.

5. Sentence arbitrale spéciale

Les services de médiation ne s'appliquent pas à une ***Demande de médiation*** portant sur la sentence arbitrale spéciale, car celle-ci n'est pas prévue par l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*. L'attribution d'une sentence arbitrale spéciale est du ressort d'un arbitre exerçant son pouvoir discrétionnaire.

6. Frais juridiques

Les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes portant sur les honoraires d'avocat et les débours, car ceux-ci ne sont pas prévus par l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales*.

L'attribution de frais judiciaires est une question hypothétique qui ne se pose qu'à l'issue d'un arbitrage ou d'une instance judiciaire. Cette question doit alors être tranchée dans le cadre d'un arbitrage ou d'une instance judiciaire.

B. EXPIRATION DES DÉLAIS DE PRESCRIPTION

1. Délai relatif à la présentation de la demande d'indemnités auprès de l'assureur

(i) Les *Annexes* prévoient des délais pour la présentation d'une demande d'indemnités d'accident auprès des assureurs, mais indiquent également que de tels délais ne s'appliquent pas lorsque l'auteur de la demande a « un motif raisonnable » justifiant le délai.

Les différends dans lesquels il est question de déterminer si un délai était raisonnable peuvent faire l'objet de la médiation. La question préliminaire du caractère raisonnable du délai fait l'objet de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

(ii) **Exception**. Pour les accidents survenus le 22 juin 1990 ou après cette date, et avant le 1er janvier 1994 (projet de loi 68), l'*Annexe* prévoit qu'un(e) accidenté(e) doit présenter une demande d'indemnités auprès de son assureur dans un délai de deux ans après la date de l'accident. Si aucune demande d'indemnités n'est présentée à l'assureur dans les deux ans, la Commission n'est pas compétente pour procéder à la médiation. Toutefois, les différends dans lesquels il est question de déterminer si une demande d'indemnités a été présentée à l'assureur dans le délai de deux ans peuvent faire l'objet d'une médiation. La question préliminaire de l'expiration du délai fixé pour présenter une demande d'indemnités fait l'objet de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

2. Délai relatif à la présentation d'une Demande de médiation auprès de la Commission pour des différends portant sur les indemnités d'accident

Les *Annexes* prévoient que la personnes assurée doit engager une procédure dans les deux ans

suivant le refus de l'assureur de payer les indemnités réclamées. Une ***Demande de médiation*** qui est présentée à la Commission après le délai de deux ans ne sera pas acceptée. Toutefois, les différends dans lesquels il est question de déterminer si la ***Demande de médiation*** a été présentée à la Commission dans les deux ans suivant le refus de l'assureur de payer les indemnités peuvent faire l'objet de la médiation. La question préliminaire de l'expiration du délai prescrit fait l'objet de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

Si la question du délai de prescription est soulevée à l'étape de l'inscription pour la médiation, l'agent de médiation avisera la personne assurée du délai de prescription et lui demandera de fournir une lettre confirmant qu'elle souhaite contester l'expiration du délai. Si la question est soulevée par l'assureur au cours de la procédure de médiation, la personne assurée n'est pas tenue de fournir une lettre.

C. DIFFÉRENDS ENTRE ASSUREURS – RÈGLEMENT RELATIF À LA RESPONSABILITÉ CIVILE 283/95

Les services de médiation ne s'appliquent pas aux différends dans lesquels il est question de déterminer lequel parmi plusieurs assureurs doit payer les indemnités réclamées (voir la **Note pratique n° 10** - Procédure de règlement des différends entre les compagnies d'assurance-automobile (Règlement 283/95)).

Les services de médiation s'appliquent à une ***Demande de médiation*** visant le **premier assureur** qui a reçu une demande d'indemnités d'accident dûment remplie. Un agent de médiation déterminera, en collaboration avec les parties, le premier assureur (autorisé à vendre des assurances en Ontario ou assujetti aux lois ontariennes par le biais d'un engagement) qui a reçu une demande d'indemnités d'accidents dûment remplie.

Les différends dans lesquels il est question de déterminer le premier assureur qui a reçu une demande d'indemnités légales dûment remplie peuvent faire l'objet de la médiation en tant que question préliminaire et au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

D. RENONCIATION VALIDE – RÈGLEMENT RELATIF AU RÈGLEMENT 664 TEL QUE MODIFIÉ PAR R.O. 780/93

Les services de médiation ne s'appliquent pas à une ***Demande de médiation*** dans les cas où une personne assurée a signé une renonciation valide portant sur son droit à réclamer des indemnités suite à l'accident d'automobile en question, et où l'assureur a respecté les exigences du **Règlement relatif au règlement des différends**.

Les services de médiation s'appliquent aux ***Demandes de médiation*** dans les cas suivants :

(i) la personne assurée conteste la validité du règlement, remettant en question, par exemple, le fait que l'assureur a respecté les exigences prévues par le **Règlement relatif au règlement des différends**.

(ii) un tribunal judiciaire ou un arbitre privé a annulé un règlement antérieur en raison de fraude, contrainte ou fausse déclaration.

(iii) les parties donnent leur consentement à l'annulation du règlement.

(iv) la personne assurée se retire du règlement dans le délai de réflexion de 48 heures conformément au **Règlement relatif au règlement des différends** (voir la **Note de pratique n° 2** - Règlement dans le cadre du processus de règlement des différends).

La question préliminaire de la validité du règlement peut faire l'objet d'une médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***

Les services de médiation ne s'appliquent pas à une questions qui, selon le ***Rapport du médiateur***, a déjà fait l'objet d'une procédure de médiation. Dans le cas où les questions en litige ont été notées réglées à l'issue d'une procédure de

médiation, mais où la validité du règlement fait l'objet d'un différend, les options sont les suivantes :

- ne faire aucune démarche;
- présenter une Demande d'arbitrage auprès de la Commission;
- retenir les services d'un arbitre privé conformément aux dispositions de la *Loi sur l'arbitrage* et de la *Loi sur les assurances*;
- demander une Évaluation neutre privée ou auprès de la Commission;
- intenter des poursuites judiciaires.

E. DÉFAUT DE SE PRÉSENTER AU CENTRE D'ÉVALUATION DÉSIGNÉE (CÉD)

Les CÉD existent dans toute la province depuis janvier 1994. Les personnes assurées et les assureurs peuvent s'adresser aux CÉD pour obtenir l'avis d'une tierce partie, experte et neutre quant aux blessures subies suite à un accident d'automobile, ainsi qu'aux soins et traitement dont la partie lésée a besoin.

Les cinq types d'évaluation effectuées par les CÉD sont :

- l'invalidité;
- les soins médicaux et la réadaptation;
- les soins auxiliaires;
- la déficience invalidante (projet de loi 59 seulement);
- la capacité de gain résiduelle (projet de loi 164 seulement).

(Pour obtenir de plus amples renseignements sur les CÉD, voir la **Note pratique n° 12** « Ce que les demandeurs devraient savoir au sujet des centres d'évaluation désignés ».)

1. DÉFAUT DE SE PRÉSENTER À UN CÉD POUR UNE ÉVALUATION RELATIVE À L'INVALIDITÉ

Dans le cas où la personne assurée demande une évaluation à un CÉD afin de déterminer son admissibilité aux prestations hebdomadaires, mais cette personne ne se présente pas à l'évaluation, elle peut toujours faire une Demande de médiation auprès de la Commission. Pour sa part, l'assureur peut soulever une question préliminaire, à savoir si la personne assurée s'est rendue raisonnablement disponible pour l'évaluation au CÉD et cette question sera traitée lors de la médiation au même titre que les autres différends.

2. DÉFAUT DE SE PRÉSENTER À UN CÉD POUR UNE ÉVALUATION RELATIVE AU TRAITEMENT MÉDICAL, À LA RÉADAPTATION OU AUX SOINS AUXILIAIRES

(i) Dans le cas des accidents survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date (projet de loi 59), le défaut de se présenter à un CÉD pour une évaluation visant à déterminer les besoins quant aux soins médicaux, à la réadaptation ou aux soins auxiliaires n'empêche PAS la personne assurée d'engager une procédure de médiation, pourvu qu'elle se soit rendue raisonnablement disponible pour une telle évaluation.

Les différends dans lesquels il est question de déterminer si la personne assurée s'est rendue raisonnablement disponible pour l'évaluation auprès d'un CÉD peuvent faire l'objet de la médiation. Cette question préliminaire sera traitée lors de la médiation au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation.***

(ii) Pour les accidents survenus le 1er janvier 1994 ou avant cette date, et avant le 1er novembre 1996 (projet de loi 164), les services de médiation ne s'appliquent PAS à une ***Demande de médiation*** concernant les indemnités relatives aux soins médicaux, à la réadaptation ou aux soins auxiliaires, si la personne assurée ne s'est pas présentée à une évaluation au CÉD exigée par l'assureur avant la soumission de la ***Demande de médiation***.

3. Défaut de se présenter à un CÉD pour une évaluation relative à la capacité de gain résiduelle

Dans le cas des accidents survenus le 1er janvier 1994 ou avant cette date, et avant le 1er novembre 1996 (projet de loi 164), la personne assurée peut être admissible à des indemnités pour perte de capacité de gain. La question du droit de la personne assurée de toucher de telles indemnités peut faire l'objet d'une procédure de médiation.

Toutefois, dans le cas où la personne assurée conteste l'évaluation de l'assureur en ce qui a trait à sa capacité de gain résiduelle, les services de médiation n'affectera PAS un médiateur au différend jusqu'à ce que la personne assurée ait subie une évaluation dans un CÉD au sujet de sa capacité de gain résiduelle. La ***Demande de médiation*** sera acceptée et lancée, mais demeurera en suspens en attendant l'évaluation et le rapport du CÉD au sujet de la capacité de gain résiduelle. À la demande de la personne assurée, la procédure de médiation prendra son cours pour ce qui est de toute question d'indemnités soulevée par la ***Demande de médiation*** autre que celle portant sur la perte de capacité de gain ou seulement pour ce qui est de la question du droit aux indemnités relatives à la perte de capacité de gain.

F. DÉFAUT DE SE PRÉSENTER À L'EXAMEN MÉDICAL DE L'ASSUREUR

Le défaut de se présenter à un examen médical fixé par l'assureur n'empêche pas la personne assurée d'engager une procédure de médiation, pourvu qu'elle se soit rendue raisonnablement disponible pour l'examen.

La question préliminaire à savoir si la personne assurée s'est rendue raisonnablement disponible pour un tel examen peut faire l'objet d'une médiation, au même titre que les différends concernant les indemnités réclamées dans la ***Demande de médiation***.

G. DEMANDE RELATIVE AUX INDEMNITÉS DE PERSONNE SANS REVENU D'EMPLOI PRÉSENTÉE À L'ASSUREUR AVANT 26 SEMAINES

Dans le cas des accidents survenus le 1er novembre 1996 ou avant cette date (projet de loi 59), a personne assurée peut être admissible aux indemnités de personne sans revenu d'emploi 26 semaines après le début de l'invalidité. Les services de médiation ne s'appliquent pas aux demandes de médiation portant sur la question de l'admissibilité aux indemnités de personne sans revenu d'emploi avant l'expiration de la période de 26 semaines.

Pour obtenir de plus amples renseignements

Veuillez communiquer avec la Commission :

À Toronto, composer le 416 250-6714
À l'extérieur de Toronto, composer le
1 800 517-2332

Pour communiquer avec le Bureau de l'ombudsman des assurances de la Commission :

À Toronto, composer le 416 250-7250
À l'extérieur de Toronto, composer le
1 800 668-0128

This publication is also available in English

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX PERSONNES ASSUREES

CE QUE LES PERSONNES ASSURÉES DEVRAIENT SAVOIR AU SUJET DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS

QU'EST-CE QU'UN CENTRE D'ÉVALUATION DÉSIGNÉ (CÉD) ?

Si vous faites une demande d'indemnités suite à un accident d'automobile qui s'est produit le 1er janvier 1994 ou **après cette date** et que vous et votre assureur ne parvenez pas à vous entendre sur votre droit à ces indemnités ou sur leur montant, vous pourriez devoir vous soumettre à une évaluation dans un CÉD dans un but de régler le différend.

Les CÉD ont été mis sur pied partout en Ontario depuis 1994 pour offrir des opinions neutres sur les blessures subies par des victimes d'accidents d'automobiles et les soins ou les traitements dont elles ont besoin.

Les CÉD sont des cliniques indépendantes dont le personnel comprend divers types de professionnels médicaux et de la réadaptation. Votre évaluation sera effectuée par le type de professionnel pertinent à votre cas.

Les CÉD ne sont pas gérés par des compagnies d'assurance ni par le gouvernement. Il n'y a aucuns frais à payer pour obtenir une évaluation d'un CÉD.

Chaque CÉD doit être approuvé par le Comité ministériel du système des centres d'évaluation désignés (Comité sur les CÉD). Les membres du Comité sont choisis par le ministre des Finances. Le Comité est composé de professionnels de la santé, de représentants de compagnies d'assurance, de représentants de groupes de consommateurs et d'avocats. Le Comité sur les CÉD publie les **Directives sur l'évaluation des CÉD** afin d'aider les CÉD à écrire des rapports justes qui tiennent compte des renseignements médicaux les plus à jour.

Il existe cinq types d'évaluations par un CÉD :

- Invalidité
- Soins médicaux et de de réadaptation
- Soins auxiliaires
- Déficiences invalidantes (Projet de loi 59 seulement)
- Capacité de gain résiduelle (Projet de loi 164 seulement)

Les professionnels de la santé de chaque CÉD n'effectuent que le type d'évaluation autorisée pour ce centre. On a autorisé certains CÉD à effectuer plus d'un type d'évaluation. Si votre cas implique plus d'une question faisant l'objet d'un différend, vous pourriez devoir vous soumettre à plus d'une évaluation.

Lorsque vous êtes tenu de vous soumettre à une évaluation dans un CÉD, l'assureur doit choisir le CÉD le plus près de chez vous pouvant effectuer le type d'évaluation pertinente à votre cas.

POURQUOI EST-CE QUE JE DEVRAIS ALLER DANS UN CÉD ?

Il y a plusieurs raisons qui pourraient vous pousser à vous rendre dans un CÉD pour une évaluation. Le genre d'évaluation effectuée dans un CÉD dépend de la nature du différend entre

vous et votre assureur. En voici quelques exemples :

i) Si vous avez fait une demande d'indemnités hebdomadaires et votre assureur est d'avis que vos blessures découlant de l'accident d'automobile se sont améliorées au point que vous n'avez plus besoin de recevoir d'indemnités, votre assureur vous enverra un formulaire (FDIO 17) indiquant qu'il compte arrêter le paiement hebdomadaire des indemnités. Dans ce cas-là, si vous n'êtes pas d'accord avec la cessation de vos prestations, vous pouvez demander à votre assureur, *par écrit*, d'organiser, pour vous, une évaluation d'invalidité.

ii) L'assureur pourrait vous demander de vous rendre dans un CÉD afin d'établir le niveau de soins auxiliaires dont vous avez besoin ou de déterminer si vous êtes admissible à des indemnités pour des déficiences invalidantes. (Évaluation des soins auxiliaires et évaluation des déficiences invalidantes.)

iii) Si vous et votre assureur ne parvenez pas à vous entendre pour savoir si les indemnités médicales ou de réadaptation proposées par votre prestataire de soins de santé sont raisonnables et nécessaires à votre guérison, l'assureur pourrait vous demander de vous rendre dans un CÉD pour obtenir une autre opinion sur le traitement proposé.

iv) Si vous avez reçu une offre de perte de capacité de gain de la part de votre assureur et que vous contestez le montant de cette offre, vous pouvez demander à un CÉD se spécialisant dans l'évaluation de la capacité de gain résiduelle de vous aider à déterminer votre capacité à gagner un revenu plus de 104 semaines après votre accident. (Ce CÉD ne s'applique à votre cas que si votre accident est survenu le 1er janvier 1994 ou après cette date mais avant le 1er novembre 1996.)

Qui choisit le CÉD qui effectuera mon évaluation ?

La *Loi sur l'assurance* de l'Ontario stipule quel CÉD effectuera votre évaluation. Vous irez au CÉD le plus près de chez vous qui est autorisé à effectuer le type d'évaluation pertinente à votre cas. Vous trouverez une liste des CÉD de la province et des types d'évaluation qu'ils effectuent sur le site Web de la Commission à **www.fsco.gov.on.ca**

Pour tous les types d'évaluation, à l'exception de l'évaluation des soins auxiliaires et de l'évaluation des déficiences invalidantes, s'il n'y a pas de CÉD à moins de 100 kilomètres de votre domicile, vous et votre assureur pouvez décider de demander à un autre professionnel de la santé d'effectuer l'évaluation.

Si vous et votre assureur ne parvenez pas à vous entendre sur un autre professionnel de la santé, vous **DEVEZ** alors vous rendre au CÉD le plus près de chez vous quelle que soit la distance à laquelle il se trouve.

Si vous croyez qu'on ne vous envoie pas au bon CÉD, parlez-en à votre assureur en appelant l'agent de liaison de l'ombudsman de la compagnie d'assurance.

Comment se déroule une évaluation ?

1. Si votre cas nécessite une évaluation dans un CÉD, votre assureur doit organiser cette évaluation dans les 15 jours suivant votre demande écrite.

Si le CÉD ne peut pas commencer votre évaluation dans les 14 jours suivant la réception, par le CÉD, du dossier complet d'aiguillage provenant de votre assureur, vous ou votre assureur pouvez demander au prochain CÉD le plus près de chez vous d'effectuer votre évaluation.

2. Vos renseignements de santé personnels sont essentiels afin de s'assurer que l'évaluation par le CÉD est aussi complète que possible. Étant donné que les renseignements sur votre santé sont confidentiels, vous devez fournir au CÉD un formulaire (FDIO 14) donnant la permission à vos prestataires de soins de santé de remettre vos rapports et vos renseignements au CÉD avant que l'évaluation ne commence.

Le CÉD ne peut commencer votre évaluation sans le formulaire FDIO 14, et le défaut de présenter ce

document peut retarder l'évaluation du CÉD et peut-être même le paiement des indemnités.

3. L'assureur vous dirigera vers un CÉD à l'aide du formulaire FDIO-11A. Ce formulaire indique l'indemnité devant faire l'objet d'une évaluation par le CÉD et dresse la liste des renseignements et des rapports que l'assureur a envoyé au CÉD afin d'obtenir une évaluation complète.

Lorsque vous recevez votre exemplaire du formulaire de référence (FDIO-11A), vous avez l'occasion de fournir au CÉD tout renseignement supplémentaire que vous pensez pertinent à l'évaluation et que l'assureur n'a pas indiqué sur la liste de documents initiale. Ces renseignements supplémentaires doivent être envoyés au CÉD avant que l'évaluation ne commence.

4. Le CÉD préparera un plan de l'évaluation qui indique les professionnels de la santé qui effectueront l'évaluation et la façon dont se déroulera l'évaluation afin de répondre aux questions qui ont été référées au CÉD. Ce plan est fait après que le CÉD a pris connaissance de tous les renseignements que vous et votre assureur lui avez envoyés.

5. Il faudra peut-être plus d'un rendez-vous pour terminer l'évaluation, et le CÉD ne peut publier son rapport avant que toutes les étapes de l'évaluation n'aient été terminées. Vous devez faire tout en votre pouvoir pour participer à l'évaluation au complet, car les règlements sur l'assurance stipulent que si une personne n'est pas raisonnablement disponible pour l'évaluation ou qu'elle ne coopère pas lors de l'évaluation, l'assureur peut cesser de payer les indemnités liées à cette évaluation.

Veuillez prendre note que, dans certains cas, vous ne pourrez pas avoir recours à la médiation auprès de la Commission si vous ne participez pas à une évaluation d'un CÉD ou si vous ne finissez pas une évaluation d'un CÉD. Étant donné que la médiation est une première étape essentielle au passage à l'arbitrage ou aux tribunaux judiciaires, le règlement de votre différend pourrait être retardé. Veuillez communiquer avec votre assureur ou votre conseiller juridique pour obtenir de plus amples renseignements sur ces restrictions.

Si vous ne pouvez pas aller à un rendez-vous, vous devez en aviser le CÉD et votre assureur aussitôt que possible. Plus votre évaluation est effectuée rapidement, plus tôt votre assureur et vous-même pourrez régler le différend au sujet de vos indemnités.

6. Une fois l'évaluation terminée, le CÉD émettra un rapport contenant les résultats de l'évaluation adressé à vous et à votre assureur.

La seule fonction du CÉD consiste à évaluer votre cas et à écrire un rapport pour vous, votre prestataire de soins de santé et votre assureur qui indiquera l'opinion des évaluateurs sur les questions qui leur ont été soumises, y compris les questions suivantes : si vous êtes encore ou non atteint d'invalidité ; si vous avez droit à une certaine indemnité ; leur opinion en ce qui concerne le montant de cette indemnité et autres questions qui dépendent du type d'évaluation et de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* applicable.

7. L'assureur pourra être tenu de vous payer des indemnités d'après l'opinion des évaluateurs du CÉD. Si le rapport d'évaluation de l'invalidité du CÉD indique que vous êtes encore atteint d'invalidité à la suite de l'accident d'automobile, votre assureur doit continuer à vous payer des indemnités hebdomadaires. Si un CÉD indique qu'une indemnité en particulier est raisonnable et nécessaire pour vos soins et votre guérison, l'assureur est tenu de payer l'indemnité.

QU'EST-CE QUI SE PASSE SI JE NE SUIS PAS D'ACCORD AVEC LE RAPPORT DU CÉD ?

Si vous n'êtes pas d'accord avec l'opinion du CÉD sur votre cas, vous devriez demander à votre assureur de quelle manière il entend traiter votre demande à la suite du rapport du CÉD.

Si le rapport du CÉD ne vous aide pas, vous et votre assureur, à régler votre demande d'indemnités, l'un de vous pourra faire une demande de médiation auprès de la Commission afin de vous aider à régler le différend. ***Vous devez faire une***

demande auprès de la Commission dans les deux ans suivant la date de l'avis écrit de votre assureur refusant de vous payer les indemnités.

Vous pouvez obtenir une ***Demande de médiation*** auprès de votre assureur. Si votre compagnie d'assurance n'a pas ce formulaire, vous pouvez communiquer avec le Groupe de règlement des différends à l'adresse suivante :

Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, case postale 85
Toronto (Ontario)
M2N 6L9

ou en composant le (416) 250-7250 ou le 1 800 668-0128. Vous devez indiquer sur le formulaire vos nom et adresse, votre numéro de téléphone, les nom et adresse de votre assureur et les détails sur votre cas.

QUE SE PASSE-T-IL SI LE CÉD N'A PAS SUIVI LES PROCÉDURES ÉTABLIES OU SI J'AI UNE PLAINTE AU SUJET D'UN CÉD ?

Le Comité sur les CÉD a mis sur pied un procédé qui traite les plaintes reçues concernant les CÉD qui n'ont pas effectué les évaluations conformément aux méthodes de fonctionnement stipulées par les Procédures de fonctionnement, les Directives générales et les Protocoles d'évaluation.

L'objectif du processus de gestion des plaintes consiste à résoudre les problèmes systémiques qui ont pu mener à la plainte plutôt que de prendre des sanctions contre un CÉD en particulier.

L'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents, sous l'égide du sous-comité des activités du Comité sur les CÉD, examinera spécialement les plaintes liées au :

- respect des principes de neutralité et de comportement neutre pendant tout le processus d'évaluation du CÉD, y compris le rapport du CÉD ;
- respect des règles sur les conflits d'intérêt ;
- respect des Directives générales, des Procédures de fonctionnement et des Protocoles d'évaluation ;
- respect des exigences concernant la capacité et le service.

Le sous-comité des activités et l'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents ne peuvent examiner les plaintes qui ne relèvent pas de leurs compétences, y compris les plaintes concernant les pratiques commerciales d'un assureur, la conduite professionnelle d'un prestataire de soins de santé ou les plaintes concernant les résultats d'un rapport d'un CÉD.

Si vous croyez que l'un des évaluateurs du CÉD a agit de manière non professionnelle ou vous a causé un tort, vous pouvez envoyer une lettre au collège professionnel dont son groupe professionnel relève. Demandez au CÉD ou à votre propre médecin de famille de vous donner le nom et l'adresse du collège où vous devriez envoyer votre plainte.

Votre lettre au collège devrait inclure vos nom, adresse et numéro de téléphone, le nom et l'adresse d'affaire de la personne qui fait l'objet de la plainte de même que tous les détails sur ce qui s'est passé. Le collège communiquera avec vous et examinera votre plainte.

Cependant, si vous croyez que le CÉD n'a pas suivi les étapes d'évaluation indiquées plus haut, vous pouvez envoyer une lettre résumant votre plainte à l'adresse suivante :

Unité de l'analyse des indemnités d'accidents
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, case postale 85
Toronto (Ontario)
M2N 6L9

Votre lettre devrait inclure vos nom, adresse et numéro de téléphone, le nom et l'adresse du CÉD et tous les détails sur votre plainte. L'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents communiquera avec vous et examinera votre plainte.

COMMENT PUIS-JE OBTENIR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS ?

Si vous désirez obtenir des renseignements généraux sur l'assurance, vous pouvez composer le numéro sans frais suivant 1 800 668-0128 - 416 250-6750 à Toronto -, 24 heures par jour, et écouter les renseignements enregistrés de la Commission. Si votre question porte sur les CÉD, veuillez composer le 416 590-7137. Si vous désirez obtenir des exemplaires d'autres documents sur les CÉD, visitez le site Web de la Commission à **www.fsco.gov.on.ca** pour de plus amples renseignements.

Si vous croyez avoir besoin de conseils juridiques et que vous désirez parler à un avocat, le Barreau du Haut-Canada vous fournira des noms d'avocats situés près de chez vous. Appelez le Barreau du Haut-Canada à partir de Toronto au 416 947-3330 ou de l'extérieur de Toronto au 1 800 268-8326.

Commission des services financiers de l'Ontario
Financial Services Commission of Ontario

NOTE PRATIQUE
PRACTICE NOTE 13

Groupe de règlement des différends / Dispute Resolution Group

CETTE NOTE PRATIQUE S'ADRESSE AUX ASSUREURS

CE QUE LES ASSUREURS DEVRAIENT SAVOIR LORSQU'ILS ENVOIENT DES CAS DANS DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS

QU'EST-CE QUE LE SYSTÈME DES CENTRES D'ÉVALUATION DÉSIGNÉS (SYSTÈME CÉD) ?

Les CÉD ont été mis sur pied partout en Ontario depuis 1994 dans le but de fournir une opinion neutre sur les blessures subies par des victimes d'accidents d'automobiles et les soins ou les traitements dont elles ont besoin.

Le processus des CÉD se fonde sur quatre principes : la neutralité, la rentabilité, la rapidité d'exécution et la perspective globale. Le Comité ministériel du système des centres d'évaluation désignés (Comité sur les CÉD) s'assure que les CÉD continue d'exercer leurs activités tout en observant ces principes.

Chaque CÉD doit être approuvé par le Comité sur les CÉD. Les membres du Comité sont choisis par le ministre des Finances. Le Comité est composé de professionnels de la santé, de représentants de compagnies d'assurance, de représentants de groupes de consommateurs et d'avocats. Le Comité sur les CÉD publie les Directives sur l'évaluation des CÉD afin d'aider les CÉD à écrire des rapports justes qui tiennent compte des renseignements médicaux les plus à jour.

Il existe cinq types d'évaluations par un CÉD :

- Invalidité
- Soins médicaux et de réadaptation
- Soins auxiliaires
- Déficiences invalidantes (Projet de loi 59 uniquement)
- Capacité de gain résiduelle (Projet de loi 164 uniquement)

Les professionnels de la santé de chaque CÉD n'effectuent que les types d'évaluation autorisés pour ce centre. On a autorisé certains CÉD à effectuer plus d'un type d'évaluation. Si le cas que vous traitez implique plus d'une question faisant l'objet d'un différend, vous pourriez devoir organiser plus d'une évaluation. Parfois, le CED peut effectuer des évaluations distinctes en même temps.

COMMENT CHOISIT-ON LE CED QUI EFFECTUERA L'ÉVALUATION ?

La *loi sur l'assurance* de l'Ontario stipule quel CED effectuera l'évaluation. Les assureurs doivent envoyer le demandeur dans le CÉD ***le plus près de chez lui*** qui est autorisé à effectuer le type d'évaluation pertinent dans ce cas.

Pour tous les types d'évaluation, à l'exception de l'évaluation des soins auxiliaires et de l'évaluation des déficiences invalidantes, s'il n'y a pas de CÉD à moins de 100 kilomètres du domicile de la personne assurée, vous et cette dernière pouvez décider de demander à un autre professionnel de la santé d'effectuer l'évaluation. Si vous et la personne assurée ne parvenez pas à vous entendre sur un autre professionnel de la santé, la personne assurée DEVRA alors se rendre au CÉD le plus près de chez elle quelle que soit la distance à laquelle il se trouve.

Le processus d'aiguillage est la responsabilité de l'assureur. Vous devez vous assurer d'envoyer la personne assurée dans le CÉD approprié.

Qu'est qui devrait figurer dans le dossier d'aiguillage ?

Le formulaire **Demande d'aiguillage vers un centre d'évaluation désigné (FDIO-11A)** doit être rempli par l'assureur. Les questions d'aiguillage que l'assureur pose au CÉD doivent être claires, concises et tenir compte des définitions d'admissibilité pertinentes qui se trouvent dans les *Annexes*.

Veuillez noter que le CÉD ne peut commencer l'examen du dossier et l'évaluation sans avoir reçu le formulaire FDIO 14 signé. L'assureur ne devrait faire aucun aiguillage en l'absence d'un formulaire FDIO 14 valide et signé.

La liste des documents du dossier d'aiguillage devrait comporter toute l'information pertinente à l'évaluation que possède l'assureur. L'assureur doit envoyer un exemplaire du FDIO-11A au CÉD et un autre exemplaire à la personne assurée.

De cette façon, on assure la divulgation complète des questions d'aiguillage et des documents envoyés au CÉD. Il incombe à la personne assurée de fournir au CÉD tout autre document, tel que des résultats récents de tests, qui pourrait être utile à l'évaluation.

Si les renseignements sont complets, le CÉD peut alors effectuer une évaluation détaillée et aider l'assureur et la personne assurée à mieux régler leur différend. Avec le formulaire FDIO-11A, l'assureur n'a plus besoin de fournir des lettres explicatives. La surintendante des services financiers a indiqué que les assureurs et les assurés ne devraient plus utiliser les lettres explicatives, car elles pourraient comporter des renseignements ou des déclarations qui ne sont pas pertinents au processus d'évaluation.

Si le CÉD reçoit une lettre explicative, il l'enverra à l'autre partie conformément à la Directive générale 4.

Il est essentiel que les CÉD soient neutres. En utilisant le formulaire FDI0-11 A, les CÉD pourront maintenir leur objectivité et effectuer des évaluations complètes et neutres dans le cadre d'un processus transparent qui aidera les deux parties.

Le CÉD doit remplir le rapport sommaire, formulaire **FDIO-11B**. Un rapport d'évaluation complet comporte le **FDIO-11A** (information de base), le **FDIO-11B** (sommaire des résultats de l'évaluation) et les rapport d'évaluation avec la signature des principaux évaluateurs.

Et si le CÉD demande des renseignements supplémentaires ?

Afin d'éviter les retards au stade de l'aiguillage, on encourage les compagnies d'assurance à confirmer auprès du CÉD que tous les renseignements pertinents et à jour dont on a besoin pour effectuer l'évaluation ont été inclus.

Il pourrait y avoir des cas où, de l'opinion du CÉD, le dossier d'aiguillage est incomplet ou des renseignements pertinents manquent. Dans ces cas-là, le CÉD devrait suivre les procédures contenues dans la Directive générale 4 des CÉD et communiquer tout manque à la compagnie d'assurance et au demandeur et leur demander de fournir les documents ou les renseignements manquants. Le CÉD devrait s'assurer que les deux parties sont avisées que des manques dans l'information d'aiguillage peuvent retarder le processus d'évaluation selon la nature de l'information manquante.

Si le CÉD peut obtenir l'information manquante plus rapidement que les parties, le CÉD peut alors recueillir l'information directement, à condition que les deux parties l'y autorisent.

Qu'est-ce qui se passe si vous avez des questions sur l'évaluation et le rapport du CÉD ?

Après avoir examiné le cas en détail, le CÉD rédigera un rapport expliquant *clairement* comment l'évaluation a été effectuée, les résultats de l'évaluation et les conclusions du CÉD sur le cas et *les raisons* qui l'ont mené à ces conclusions.

Les lignes directrices des CÉD exigent qu'un rapport écrit final soit rédigé au terme de l'évaluation. Aucun rapport partiel n'est permis. C'est-à-dire que s'il y a un certain nombre d'étapes dans un plan d'évaluation et que, pour une raison quelconque, *toutes* les étapes prévues n'ont pas encore été terminées, aucun rapport final ne peut

être rédigé. Dans ces circonstances, le CÉD doit fournir, par écrit, aux deux parties les raisons pour lesquelles le plan d'évaluation n'a pas été terminé et confirmer qu'aucun rapport final ne sera produit jusqu'à ce que le plan d'évaluation soit terminé.

Veuillez noter que les seules situations où un CÉD peut émettre un addendum à un rapport sont les suivantes : explication des résultats du CÉD, correction d'une erreur dans un rapport d'origine ou traitement d'une omission dans le rapport du CÉD. Si de nouveaux renseignements font surface et que les parties s'entendent pour dire que l'examen de ces nouveaux renseignements pourrait modifier l'opinion du CÉD, une nouvelle évaluation du CÉD devrait être organisée. Aucune des parties ne devrait demander au CÉD un rapport « mis à jour ».

Lorsque les parties ne sont pas d'accord avec les résultats obtenus par le CÉD ou sur l'importance de l'effet de tout nouveau renseignement sur les résultats initiaux du CÉD, l'une ou l'autre peut décider de faire une demande de médiation auprès du Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario.

Qu'est-ce qu'un assureur peut faire s'il a une plainte au sujet d'un CÉD ?

Le Comité sur les CÉD a mis sur pied un procédé qui traite les plaintes reçues concernant les CÉD qui n'ont pas effectué les évaluations conformément aux procédures de fonctionnement, aux directives générales et aux protocoles d'évaluation.

L'objectif du processus de gestion des plaintes consiste à résoudre les problèmes systémiques qui ont pu mener à la plainte plutôt que de prendre des sanctions contre un CÉD en particulier.

L'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents, sous l'égide du sous-comité des activités du Comité sur les CÉD, examinera les plaintes liées au :

- respect aux principes de neutralité et de comportement neutre pendant tout le processus d'évaluation du CÉD, y compris le rapport du CÉD ;
- respect aux règles sur les conflits d'intérêt ;
- respect aux directives générales, aux procédures opérationnelles et aux protocoles d'évaluation ;
- respect aux exigences concernant la capacité et le service.

Le sous-comité des activités et l'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents ne peuvent examiner les plaintes qui ne relèvent pas de leurs compétences, y compris les plaintes concernant les pratiques d'affaires d'un assureur, la conduite professionnelle d'un prestataire de soins de santé ou les plaintes concernant les résultats d'un rapport d'un CÉD.

Le protocole en matière des plaintes et des mesures disciplinaires établit les normes d'impartialité lors de la gestion des plaintes et résume le processus et l'horaire pertinent à chaque étape de l'enquête et les sanctions imposées.

Toutes les plaintes au sujet des CÉD doivent être envoyées par écrit à l'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents. Cette dernière examinera la plainte afin de s'assurer qu'elle relève de sa compétence et de déterminer l'étendue de la participation du sous-comité des activités. Les mesures et les sanctions de suivi qui peuvent être imposées aux CÉD vont de mesures correctives telles que l'éducation aux parties, la surveillance par les pairs, l'établissement et la mise en œuvre de plans de mesures correctives et de visites régulières sur place jusqu'à des mesures plus sérieuses telles que la suppression d'un CÉD de la liste.

Que se passe-t-il si la personne assurée et l'assureur ne parviennent toujours pas à régler leur différend ?

Si la personne assurée et l'assureur ne peuvent toujours pas régler leur différend après avoir reçu le rapport du CÉD, l'une ou l'autre des parties

peut faire une demande de médiation auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario afin de régler leur problème.

Comment puis-je obtenir de plus amples renseignements ?

Le comité des CÉD et l'Unité de l'analyse des indemnités d'accidents continuent à mettre tout en œuvre pour résoudre les problèmes systémiques contraires aux principes fondateurs du système des CÉD. Les **directives générales** sont publiées pour traiter de questions précises influant sur la neutralité du système des CÉD et sur sa facilité d'accès. Voici les cinq lignes directrices générales publiées jusqu'à maintenant : Ligne directrice générale n° 1 : La surveillance aux fins des évaluations ; Ligne directrice générale n° 2 : Demandes de production de documents ; Ligne directrice générale n° 3 : Autorisation de divulguer l'information médicale au centre d'évaluation désigné ; Ligne directrice générale n° 4 : Ligne visant à assurer l'impartialité du système des centres d'évaluation désignés ; Ligne directrice n° 5 : *Conflit d'intérêt et le CÉD le plus près de chez vous.*

Les directives générales n'ont pas pour but d'introduire des mesures qui compliquent le processus. En clarifiant les directives existantes et en éduquant le public au sujet des lignes directrices, le comité sur les CÉD espère que le système des CÉD fonctionnera de manière plus efficace et plus transparente.

Les **Bulletins d'information** sont émis tous les trois mois afin de permettre aux évaluateurs des CÉD de se tenir au courant des questions actuelles et au comité sur les CÉD de fournir des directives aux CÉD sur la façon d'approcher les questions et problèmes à mesure qu'ils se présentent lors de leurs activités quotidiennes.

Les **Directives d'évaluation** traitent des questions axées sur les matieres fondamentales concernant l'exploitation d'un CÉD. Ce sont les documents techniques qui expliquent aux CÉD comment effectuer les évaluations. Ils con-tiennent, entre autres, l'horaire que les CÉD sont tenus de suivre.

Si vous désirez obtenir des exemplaires de tout document publié sur les CÉD, y compris une liste à jour des CÉD, visitez le site Web de la Commission à **www.fsco.gov.on.ca**

SECTION D – DROITS ET COTISATIONS

1. Droits ..... D 1-1
2. Cotisation de l'assureur ..... D 1-2
3. Paiement des droits par la personne assurée ..... D 1-2
4. Paiement des droits et de la cotisation par l'assureur ..... D 1-3

DROITS ET COTISATIONS

1. Droits ~ *(Des droits de dépôt sont imputés à la partie qui présente une demande d'arbitrage, d'appel ou de modification/révocation.)*

1.1 Les droits de dépôt pour une demande d'arbitrage sont de **100 $**. Seules les personnes assurées peuvent déposer une ***Demande d'arbitrage***.

1.2 Les droits de dépôt pour un appel d'une ordonnance d'arbitrage sont de **250 $**. Une personne assurée ou un assureur peut déposer un ***Avis d'appel*** d'une ordonnance d'arbitrage.

1.3 Les droits de dépôt d'une demande de modification/révocation d'un arbitrage ou d'une ordonnance d'appel sont de **250 $**. Une personne assurée ou un assureur peut déposer une ***Demande de modification/révocation***.

1.4 Le coût des photocopies d'un document de la Commission est de **0,50 $** par page, avec un minimum de **5,00 $**.

1.5 Les frais imputés pour le traitement d'un chèque sans provision retourné à la Commission sont de **35 $**.

2. Cotisation de l'assureur ~ *(Une cotisation est imputée à un assureur qui est une partie nommée à une procédure d'arbitrage, d'appel ou de modification/révocation.)*

2.1 La cotisation imputée à un assureur qui est une partie nommée à une procédure d'arbitrage après le 31 mars 1997 lorsqu'un arbitre est nommé sans procéder à une évaluation neutre à la Commission est de **3 000 $**. La cotisation de l'assureur est déclenchée par la Commission à la date d'échéance du dépôt de la ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** **(Formulaire E)**. La cotisation de l'assureur ne sera pas imputée si la Commission a reçu une confirmation écrite indiquant que toutes les questions en litige lors de l'arbitrage ont été réglées, pourvu que la Commission reçoive la confirmation écrite avant la date d'échéance du dépôt de la ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage***.

2.2 La cotisation imputée à un assureur qui est une partie nommée à un arbitrage après le 31 mars 1997 là où une évaluation neutre est commencée à la Commission est de **1 000 $**. La cotisation de l'assureur est déclenchée par la Commission dès réception d'un formulaire de ***Consentement à une évaluation neutre*** **(Formulaire D)** dûment rempli.

2.3 La cotisation imputée à un assureur lorsqu'un arbitre a été désigné pour mener une audience après la conclusion d'une évaluation neutre à la Commission où l'assureur a été déjà assujettti à la cotisation de **1 000 $** mentionnée à la sous-disposition 2.2 est de **2 000 $**. Cette cotisation de l'assureur est déclenchée lorsque l'évaluation neutre est terminée ou retirée ou lorsque le Rapport de l'évaluateur neutre est émis et que le règlement des questions en litige n'est pas confirmé par écrit dans les deux jours qui suivent l'émission du Rapport.

2.4 Une cotisation de **500 $** est imputée à un assureur qui est nommé comme étant une partie à un appel.

2.5 Une cotisation de **500 $** est imputée à un assureur qui est nommé comme étant une partie à une procédure de modification/révocation.

2.6 Lorsque deux assureurs sont nommés à une instance, les deux assureurs doivent payer les cotisations. Les cotisations de l'assureur ne sont pas remboursables, sauf dans les circonstances indiquées à la sous-disposition 2.8.

2.7 S'il y a fusion de procédures, l'assureur n'aura qu'une cotisation à payer.

2.8 Les cotisations de l'assureur relatives à un arbitrage ne sont pas attribuées à l'assureur **avant** la date d'échéance du dépôt de la ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** **(Formulaire E)** tel qu'indiqué à la sous-disposition 2.1 ou lorsque un arbitre a décidé par ordonnance que la compétence de trancher la cause n'est pas établie (par exemple, expiration de l'échéance).

3. Paiement des droits – *par la personne assurée*

3.1 Une personne assurée doit payer les droits indiqués aux sous-dispositions 1.1, 1.2, et 1.3 des présentes au moment du dépôt de sa(ses) demande(s).

3.2 Tous les droits doivent être acquittés en espèces (en personne seulement), par chèque ou par mandat. N'envoyez pas de montant en espèces par la poste.

3.3 Les chèques et mandats doivent être libellés à l'ordre du **MINISTRE DES FINANCES.**

3.4 On ne peut renoncer aux droits de dépôt aux termes de *la Loi sur les assurances,* la *Loi de* 1997 *sur la Commission des services financiers de l'Ontario* ou des Règlements de l'Ontario.

3.5 On ne peut reporter les droits de dépôt aux termes de *la Loi sur les assurances,* la *Loi de* 1997 *sur la Commission des services financiers de l'Ontario* ou des Règlements de l'Ontario.

3.6 La Commission ne remboursera pas les droits de dépôt, mais ces frais peuvent être récupérés en tant que dépenses de l'auteur de la demande aux termes de *la Loi sur les assurances,* la *Loi de* 1997 *sur la Commission des services financiers de l'Ontario* ou des Règlements de l'Ontario.

4. Paiement des droits et de la cotisation ~ *par l'assureur*

4.1 Chaque trimestre, la Commission fera parvenir aux assureurs une facture pour les droits indiqués aux sous-dispositions 1.2 et 1.3 et les cotisations indiquées aux sous-dispositions 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, et 2.5. La facture fournira une liste détaillée des droits et des cotisations imputées à la compagnie pour le trimestre en question.

4.2 Dans le cas des assureurs qui acquittent leur cotisation ordinaire sur une base trimestrielle, les frais relatifs au règlement des différends (tels qu'indiqués à la sous-disposition 4.1) seront combinés à la cotisation ordinaire qu'ils versent à la Commission.

SECTION E – RÈGLEMENT RELATIF AU RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Extrait du Règlement 664, R.R.O, tel que modifié par le R.O. 780/93
pris en application de la *Loi sur les assurances*
(Règlements - Indemnités d'accident légales) ..... E 1-1

EXTRAIT DU RÈGLEMENT 664, R.R.O. 1990, TEL QUE MODIFIÉ PAR LE RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 780/93 PRIS EN APPLICATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES

(TRADUCTION NON OFFICIELLE)

RÈGLEMENTS - INDEMNITÉS D'ACCIDENT LÉGALES

9.1 (1) Dans le présent article, « règlement » s'entend d'une entente intervenue entre un assureur et une personne assurée qui règle définitivement une demande de règlement ou un litige portant sur le droit de la personne assurée à une ou à plusieurs indemnités en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales.*

(2) Avant de l'entamer le règlement un différend entre un assureur et une personne assurée, l'assureur donne à la personne assurée un avis par écrit qui comporte ce qui suit :

1. Une description des indemnités auxquelles la personne assurée peut avoir droit en vertu de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* et toutes autres indemnités auxquelles elle peut avoir droit en vertu d'un contrat d'assurance automobile.

2. Une description de l'effet que le règlement exerce sur les indemnités décrites aux termes de la disposition 1, y inclus une déclaration des restrictions que le règlement impose au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les article 280 à 284 de la *Loi*.

3. Une déclaration que la personne assurée a le droit d'annuler le règlement dans les deux jours ouvrables qui suivent la conclusion du règlement en livrant un avis par écrit en ce sens à l'assureur.

4. Une déclaration que l'incidence fiscale du règlement peut être différente de l'incidence fiscale prévue par la disposition 1 des présentes.

5. Si le règlement prévoit le paiement d'une somme forfaitaire offerte par l'assureur et, relativement à une indemnité prévue par l'Annexe sur les indemnités d'accident légales qui n'est pas une somme forfaitaire, le règlement impose une restriction au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les article 280 à 284 de la *Loi*, une déclaration de la valeur estimative de rachat de l'indemnité, et une explication de la méthode de calcul employée par l'assureur.

6. Une déclaration conseillant la personne assurée de consulter un avocat, un expert financier ou un médecin indépendant avant de conclure le règlement.

(3) La personne assurée a le droit d'annuler le règlement dans les deux jours ouvrables qui suivent la conclusion du règlement en livrant un avis par écrit en ce sens à l'assureur.

(4) Si l'assureur n'a pas respecté le paragraphe (2), la personne assurée a le droit d'annuler le règlement après le délai mentionné au paragraphe (3) en livrant un avis par écrit en ce sens à l'assureur.

(5) Une restriction imposée au droit de la personne assurée à une médiation, à une poursuite devant les tribunaux judiciaires, à un arbitrage, à un appel ou à une modification d'une ordonnance, tel que prévu par les article 280 à 284 de la *Loi* n'est pas entachée de nullité au titre du paragraphe 279 (2) de la *Loi* dans le cas où :

(a) la restriction figure dans un règlement; et

(b) l'assureur s'est conformé aux exigences du paragraphe (2). Règl. de l'Ont. 780/93, art. 7.

SECTION F - RÈGLEMENT RELATIF AUX FRAIS

Extrait du Règlement 664, R.R.O. 1990 tel que modifié par le Règlement 464/96 pris en application de la *Loi sur les assurances*, paragraphe 12 (Critères relatifs au remboursement des frais).....F 1-1

Annexe au Règlement 664, R.R.O. 1990, tel que modifié par le R.O. 464/96 (Frais associés au règlement des différends).....F 1-1

EXTRAIT DU RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 664, R.R.O. 1990, TEL QUE MODIFIÉ PAR LE RÈGLEMENT DE L'ONTARIO 464/96 PRIS EN APPLICATION DE LA *LOI SUR LES ASSURANCES*

(TRADUCTION NON OFFICIELLE)

12. (1) Les frais énoncés à l'Annexe sont prescrits aux fins du paragraphe 282(11) de la *Loi*.

(2) Un arbitre peut adjuger des frais à l'assureur ou à la personne assurée en vertu du paragraphe 282(11) de la *Loi* s' il juge que l'adjudication est justifiée selon les critères suivants :

1. Dans quelle mesure chaque partie a réussi quant à l'issue de la procédure.

2. Si la conduite de l'assureur ou de la personne assurée a eu pour effet d'accélérer ou de faciliter l'instance, ou de prolonger, d'entraver ou de gêner l'instance, y compris le défaut de se conformer aux engagements ou aux ordonnances.

3. Si l'instance, ou la position assumée par l'assureur ou par la personne assurée durant l'instance était manifestement sans fondement, frivole, vexatoire, frauduleuse ou constituait un abus de procédure.

4. La complexité, la nouveauté ou la portée des questions de fait ou des questions de droit soulevées durant l'instance.

5. Si l'assureur ou la personne assurée le demande, toute offre de règlement soumise par écrit après la conclusion de la médiaton et avant la conclusion de l'arbitrage conformément aux règles de pratique et procédure applicables, y compris les modalités des offres, les dates et les heures des offres et les résponses aux offres, dans la lumière de l'issue de l'instance.

6. Toute autre question se rapportant à l'instance que l'arbitre considère pertinente pour déterminer si une adjudication des frais est justifiée.

ANNEXE

FRAIS ASSOCIÉS AU RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

(Paragraphe 282 (11) de la Loi)

1. Les droits de dépôt versés par la personne assurée au moment de sa demande d'arbitrage sont remboursables.

2. Les droits de dépôt versés par la personne assurée ou par l'assureur qui interjette appel de la décision d'un arbitre ou qui demande une modification ou une révocation sont remboursables.

3. (1) Les frais de justice payables par la personne assurée ou par l'assureur pour ce qui suit sont remboursables :

1. Les services fournis avant une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

2. La préparation d'une audience d'arbitrage, d'une audience d'appel, d'une audience de modification ou d'une audience de révocation.

3. La présence à une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

4. Les services fournis après une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

(2) L'arbitre détermine le nombre d'heures pour les services juridiques remboursables, en tenant compte des critères énoncés au paragraphe 12(2) du présent règlement.

(3) Le remboursement maximal pour les frais de justice est calculé à l'aide des taux horaires indiqués dans le Code des pratiques pour le règlement des différends publié par la Commission des assurances de l'Ontario, tel qu'il est modifié de temps en temps.

3.1 (1) Les commissions d'agent payables par la personne assurée ou par l'assureur pour ce qui suit sont remboursables :

1. La préparation d'une audience d'arbitrage, d'une audience d'appel, d'une audience de modification ou d'une audience de révocation.

2. La présence à une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification, ou une audience de révocation.

3. Les services fournis après une audience d'arbitrage, une audience d'appel, une audience de modification ou une audience de révocation.

(2) Le remboursement maximal pour les commissions d'agent est calculé conformément aux des taux horaires indiqués dans le Code des pratiques pour le règlement des différends publié par la Commission des assurances de l'Ontario, tel qu'il est modifié de temps en temps.

4. Les frais suivants engagés par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, sont remboursables :

1. Les frais d'interurbain, de télécopieur et d'autres télécommunications.

2. La dactylographie, l'impression et la reproduction des copies de documents.

3. La livraison, par courrier ou par messageries, d'articles nécessaires pour l'audience d'arbitrage, l'audience d'appel, l'audience de modification ou l'audience de révocation.

4. Les autres débours engagés pour les besoins de l'audience d'arbitrage, l'audience d'appel, l'audience de modification ou l'audience de révocation.

5. Toute taxe applicable payée à l'égard des frais mentionnés dans la présente section.

5. (1) Les indemnités de témoin suivantes payées par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, sont remboursables :

1. Indemnité de présence de témoins, conformément au paragraphe (2).

2. Indemnité de présence d'un témoin expert qui fournit un témoignage d'opinion à l'arbitrage ou à l'audience ou dont la présence est nécessaire, conformément au paragraphe (3).

3. Frais pour un rapport préparé par un expert remis aux autres parties à l'arbitrage ou à l'audience et nécessaire pour la tenue de l'arbitrage ou de l'audience, conformément au paragraphe (4).

(2) Le remboursement maximal pour la présence d'un témoin correspond au montant permis comme débours pour une indemnité de présence de témoin par la Règle 58.05 des Règles de procédure civile.

(3) Le remboursement maximal pour la présence d'un témoin expert correspond à 200 $ de l'heure de présence, sous réserve d'un maximum de 1600 $ par jour.

(4) Le montant payé par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, à un témoin expert pour la préparation d'une audience à laquelle celui-ci témoigne est remboursable jusqu'à concurrence de 500 $.

(5) Le montant payé par la personne assurée ou par l'assureur, ou en leur nom, à un expert pour la préparation d'un rapport est remboursable jusqu'à concurrence de 1500 $.

6. (1) Les frais suivants payés par la personne assurée, l'avocat ou l'agent de la personne assurée ou la personne qui accompagne la personne assurée s'il y a lieu, ou en leur nom, sont remboursables :

1. Les frais de déplacement, conformément au paragraphe (2).

2. Les frais d'hébergement pour une nuit et les repas, conformément au paragraphe (3).

(2) Le remboursement maximal des frais de déplacement accordé à une personne,

(a) pour un arbitrage ou une audience qui a lieu dans la municipalité où réside la personne, correspond aux frais engagés par la personne chaque jour où sa présence est requise à l'arbitrage ou à l'audience;

(b) pour un arbitrage ou une audience qui a lieu à l'extérieur de la municipalité où réside la personne et dans les 300 kilomètres de sa résidence, correspond à ce qui suit :

(i) 30 cents le kilomètre pour un voyage aller-retour entre la résidence de la personne et l'endroit où a lieu l'arbitrage ou l'audience; ou

(ii) les frais engagés par la personne, si ce montant est moins élevé.

(c) pour un arbitrage ou une audience qui a lieu à 300 kilomètres ou plus de la résidence de la personne, correspond à ce qui suit :

(i) le billet d'avion aller-retour en classe économique pour la personne plus 30 cents le kilomètre pour un voyage aller-retour entre sa résidence et l'aéroport et pour un voyage aller-retour entre l'aéroport et l'endroit où a lieu l'arbitrage ou l'audience; ou

(ii) les frais engagés par la personne, si ce montant est moins élevé.

(3) Le remboursement maximal des frais d'hébergement et les repas correspond à 150 $ par nuit pour chaque séjour nécessaire. R.R.O. 1990, règlement 664, Annexe.

SECTION G – FORMULAIRES

Formulaire A – Demande de médiation

Formulaire B – Résponse a une Demande de médiation

Formulaire C – Demande d'arbitrage

Formulaire D – Consentement à une évaluation neutre à la Commission

Formulaire E – Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Formulaire F – Affirmation de signification

Formulaire G – Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage

Formulaire H – Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre à la Commission

Formulaire I – Avis d'appel

Formulaire J – Réponse à l'Avis d'appel

Formulaire K – Demande d'intervention

Formulaire L – Demande de modification/révocation

Formulaire M – Réponse à une Demande de modification/révocation

Formulaire N – Assignation de témoin

Formulaire O – Affidavit de signification pour une assignation de témoin

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Demande de médiation
Formulaire A

Veuillez utiliser le présent formulaire en cas d'un différend sur le droit de recevoir des indemnités après un accident d'automobile aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales (Annexe)* et sur le montant des indemnités. La médiation est une procédure informelle où une tierce partie neutre (le médiateur) aide les parties à régler les questions en litige. Le médiateur travaille avec les parties pour trouver une solution acceptable à chaque partie concernée. Il n'y a pas de frais reliés à la médiation pour la personne accidentée. Les indemnités qui peuvent faire l'objet d'une médiation sont décrites dans la présente brochure.

Avant de déposer la demande de médiation, les parties ou leurs représentant(e)s, devraient communiquer entre eux(elles) pour déterminer les questions en litige, préciser les faits, échanger les documents pertinents au différend et discuter d'un règlement. On s'attend à ce que les parties participent à la procédure de médiation en personne et qu'elles soient disponibles durant la période de médiation de soixante jours.

Après avoir rempli le formulaire, renvoyez-le à la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission ») à l'adresse indiquée ci-dessous.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire de demande, ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Unité de médiation
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 15e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

À Toronto : (416) 250-6714, poste 7210

Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7210

Télécopieur : (416) 590-7077

Ligne de renseignements téléphoniques : (416) 590-7210

Site Web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

Instructions, page 7

This form is also available in English.

F1974 (04/01)

Échantillon

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie. Veuillez lire les instructions attentivement. Pour vous faciliter la tâche, vous pouvez détacher la section à remplir et la placer à côté des instructions qui s'appliquent.

Pour connaître toutes les règles sur la médiation, veuillez consulter le Code des pratiques pour le règlement des différends.

Comment remplir le formulaire de demande

SECTION 1

Cette section doit être remplie peu importe la date à laquelle l'accident est survenu.

Renseignements généraux

Veuillez répondre à toutes les questions. Veuillez noter que si vous souhaitez utiliser une langue autre que le français ou l'anglais, vous devez prendre vous-même les dispositions pour obtenir les services d'un interprète et payer les coûts de ces services.

Personne assurée

Aux fins de la présente, la personne assurée est toute personne faisant une demande d'indemnités d'accident légales auprès d'un assureur à la suite d'un accident d'automobile. Il n'est pas nécessaire que la personne assurée soit le titulaire de la police d'assurance. Veuillez inscrire le nom et l'adresse de la personne assurée, ainsi que ses numéros de téléphone afin que nous puissions communiquer avec cette personne sans délai pour discuter du différend. Un mineur comprend toute personne âgée de moins de 18 ans.

Représentant(e) de la personne assurée

Si la personne assurée sera représentée par une autre personne, veuillez indiquer le nom de cette personne, son titre, le nom du cabinet, son adresse, et son numéro de téléphone afin que nous puissions communiquer avec elle pour discuter du différend. Veuillez aussi indiquer le numéro du dossier, s'il y a lieu. Répondez à la question sur la relation entre le(la) représentant(e) et la personne assurée. **La personne assurée doit donner son autorité au (à la) représentant(e) de discuter de toutes les questions en litige, de négocier et de conclure un accord, ou de régler une ou toutes les questions en litige.**

Assureur

Veuillez inscrire le nom au complet de l'assureur et le nom de la personne avec qui vous faites affaire auprès de l'assureur. Veuillez fournir le nom du titulaire de la police d'assurance, le numéro de la police et le numéro de la demande d'indemnité.

Représentant(e) de l'assureur

Si vous déposez une demande au nom de la personne assurée, n'inscrivez rien dans cet espace. Toutefois, si vous êtes l'assureur, veuillez indiquer le nom du(de la) représentant(e) de l'assureur, son titre, le nom du cabinet, son adresse, son numéro de téléphone et le numéro du dossier. **La(la) représentant(e) de l'assureur doit être habilité(e) à régler le différend au nom de l'assureur.**

Signature et attestation

La personne assurée doit apposer sa signature et inscrire la date au bas de la Section 1. Nous n'accepterons pas une demande à moins qu'elle ne soit signée par la personne assurée, l'assureur ou un(e) représentant(e) autorisé(e). Veuillez lire la déclaration avant de signer. Après avoir rempli la demande, faites-en deux copies. Gardez-en une pour vos dossiers et faites parvenir l'original et une copie à l'Unité de médiation de la Commission à l'adresse qui figure à la page de couverture de la présente demande. Vous devez également annexer une copie de tout renseignement relatif au différend. Par exemple, la lettre de l'assureur expliquant pourquoi l'indemnité a été refusée, les rapports de médecins, les déclarations de revenu et les états financiers.

SECTIONS 2, 3 ET 4

Ce formulaire de demande est conçu pour traiter trois différentes Annexes sur les indemnités d'accident légales.

Vous devez remplir UNE seule section, selon la date à laquelle l'accident d'automobile est survenu. Veuillez jeter les parties qui ne s'appliquent pas.

Section 2 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Section 3 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996.

Section 4 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993.

SECTION 5 - Documents requis à la médiation

La personne assurée doit remplir la section 5. Veuillez énumérer les principaux documents que la personne assurée a en sa possession et qu'elle compte présenter dans le cadre de la médiation. Veuillez également énumérer les principaux documents que la personne assurée désire obtenir d'autres sources, y compris l'autre partie, aux fins des discussions relatives au règlement des différends.

Echantillon

Étapes du processus de médiation

1re étape

Faites parvenir les documents suivants à l'Unité de médiation de la Commission. L'adresse complète figure à la page couverture de le présent formulaire.

- Deux copies de la *Demande de médiation* dûment remplie, signée et datée (conservez une copie pour vos dossiers)
- Une copie de la lettre de l'assureur expliquant pourquoi l'indemnité a été refusée, si cette lettre est disponible.
- Tout renseignement au sujet du différend qui pourrait être pertinent (p. ex. Rapports de médecins, reçus fiscaux ou états financiers). **Envoyez des copies seulement – conservez les originaux de tous vos documents.**

Si vous ne suivez pas ces directives, votre demande vous sera retournée.

2e étape

La Commission examinera votre demande pour s'assurer qu'elle est complète et communiquera avec vous si d'autres renseignements sont requis avant de nommer un médiateur. La Commission peut refuser la demande si elle ne relève pas de sa compétence ou si elle contient des irrégularités. Une fois que votre demande est complète, elle sera acheminée à l'autre partie accompagnée d'un formulaire de *Réponse à une demande de médiation* et un médiateur sera nommé. L'autre partie remettra le formulaire de *Réponse* dûment rempli à vous ainsi qu'à la Commission. Vous serez avisé par écrit du nom du médiateur.

3e étape

Lorsque vous recevez cette lettre, vous devez communiquer avec le médiateur immédiatement afin de discuter des questions en litige et de prendre les dispositions pour fixer une réunion de médiation, le cas échéant. Vous devez produire et échanger tous les documents et rapports pertinents ***avant*** la réunion de médiation.

4e étape

Dans les cas où une date de médiation a été fixée, vous êtes tenu de participer en personne ou par téléconférence, selon ce que le médiateur juge approprié. La nomination d'un(e) représentant(e) ne dispense pas la partie de son devoir de participation à la médiation.

5e étape

À la fin de la période de médiation, le médiateur prépare un rapport indiquant les questions en litige discutées et l'issue de la médiation. La Commission remet un exemplaire du *Rapport du médiateur* aux parties.

Pour obtenir plus de renseignements sur la procédure de médiation, veuillez consulter le *Code des pratiques de règlement des différends* ou le site web de la Commission, à l'adresse *www.fsco.gov.on.ca*.

Nota : Vous pouvez régler votre différend directement avec l'autre partie en tout temps au cours de la procédure de médiation. Veuillez aviser l'Unité de médiation de tout règlement.

Échantillon

Formulaire A
Demande de médiation

ÉCHANTILLON D'UNE DEMANDE

Description du différend

Veuillez cocher la case qui se trouve à côté de l'indemnité en instance. Vous trouverez à la section intitulée *Indemnités disponibles* à la page 5 de la présente une description des types d'indemnités d'accidents légales disponibles. Indiquez les détails du différend et, si possible, précisez le montant faisant l'objet du litige. **Soyez aussi précis que possible en expliquant les raisons pour lesquelles vous faites une demande de médiation.** Les détails sur chaque demande, avec les données connexes, doivent être énumérés séparément. Veuillez décrire l'indemnité demandée, le montant payé, le montant refusé et la date du refus.

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez joindre des feuilles additionnelles.

		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
[X] **Indemnités hebdomadaires**	Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ? [X] Indemnité de remplacement de revenu [ ] Indemnité de personne sans revenu Que contestez-vous ? [ ] Le droit aux indemnités [X] La période d'indemnisation [ ] Le montant des indemnités hebdomadaires [ ] L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines [ ] Indemnité après l'âge de 65 ans [ ] Autre, veuillez préciser ▼ Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements. 300.00 $ De 8 janv. 1999 À 14 mai 1999 L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ? [X] Non [ ] Oui Si oui, indiquez le montant ▼	*Je suis toujours incapable de retourner au travail car, depuis mon accident d'automobile, je n'ai pas les capacités physiques requises pour faire mon travail. Je joins le rapport du médecin et l'avis de l'assureur indiquant la cessation du paiement des indemnités.*
[X] **Indemnité pour frais médicaux**	Montant en litige ? 350.00 $ (35 $/semaine pendant 10 semaines) La demande est-elle en cause une déficience invalidante ? [X] Non [ ] Oui	*Mon médecin recommande des séances de traitements chiropratiques à la Clinique ABC. J'ai suivi dix séances du 1er février 1999 au 1er avril 1999. L'assureur a refusé de payer les coûts. J'ai inclus le formulaire d'évaluation de l'assureur.*
[X] **Intérêts**	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	*2 % par mois du 14 mai 1999 jusqu'à maintenant sur un montant de 300 $ par semaine. Mon assureur ne m'a pas versé d'indemnités hebdomadaires depuis le 14 mai 1999 et je demande le versement des intérêts sur le montant qui m'est dû.*

Échantillon

Indemnités disponibles

Le type d'indemnités disponibles, le montant minimal, le montant maximal et les critères d'admissibilité aux indemnités peuvent varier en fonction de la date à laquelle l'accident est survenu. Remplir seulement la section qui s'applique selon la date à laquelle votre accident d'automobile est survenu.

Les indemnités suivantes s'appliquent aux accidents d'automobile survenus le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Indemnité de remplacement de revenu : versée à la personne assurée pour remplacer le revenu perdu.

Indemnité de personne sans revenu d'emploi : versée à une personne assurée qui souffre d'une incapacité totale à mener une vie normale et n'est pas admissible à une indemnité de remplacement de revenu ou une indemnité de soignant.

Indemnité de soignant : versée à une personne assurée qui ne peut continuer d'agir à titre de soignant principal pour une personne avec qui elle réside et qui a moins de 16 ans, ou qui a plus de 16 ans et qui a besoin de soins en raison d'une incapacité physique ou mentale.

Indemnité pour frais médicaux : sert à payer les frais médicaux raisonnables et nécessaires qui sont engagés par la personne assurée ou pour son compte à la suite de l'accident. Ces frais sont ceux qui ne sont pas payés par un régime d'assurance quelconque, dont l'Assurance-santé de l'Ontario, ou aucun autre régime offert par l'employeur de la personne assurée.

Indemnité de réadaptation : sert à payer les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée ou pour son compte à la suite d'un accident et qui ne sont pas payés par un autre régime d'assurance.

Indemnité de soins auxiliaires : versée à la personne assurée pour des soins fournis par un aide ou pour des soins fournis par un établissement de soins prolongés.

Services de gestionnaire de cas : sert à payer les frais raisonnables et nécessaires engagés pour la coordination des biens et services requis si la personne assurée souffre de déficience invalidante à la suite d'un accident.

Autres frais (autres indemnités pour pertes pécuniaires) : servent à payer les frais raisonnables, dont des frais de personnes en visite engagés pour rendre visite à la personne assurée pendant son traitement ou sa convalescence. Ils servent aussi à payer les travaux ménagers et des travaux d'entretien du domicile et des frais engagés pour réparer ou remplacer des articles perdus ou endommagés au moment de l'accident et des frais d'études engagés inutilement.

Prestation de décès : versée aux survivants de la personne décédée à la suite d'un accident.

Indemnité pour frais funéraires : versée à l'égard d'une personne assurée qui décède à la suite d'un accident.

Les indemnités suivantes s'appliquent aux accidents d'automobile survenus le 1er janvier 1994 ou après cette date et avant le 31 octobre 1996.

Indemnité de remplacement de revenu : versée à la personne assurée pour remplacer le revenu perdu.

Indemnité pour incapacité de poursuivre ses études : versée à la personne assurée qui n'est pas en mesure de poursuivre ses études ou d'accomplir les activités courantes. Elle peut aussi être versée aux personnes assurées qui ont terminé leurs études moins d'un an avant l'accident mais qui n'ont pas occupé un emploi qui correspond à leur éducation ou à leur formation.

Indemnité de soignant : versée à une personne assurée qui ne peut continuer d'agir à titre de soignant principal pour une personne avec qui elle réside et qui a moins de 16 ans, ou qui a plus de 16 ans et qui a besoin de soins en raison d'une incapacité physique ou mentale. Elle est également versée à un soignant qui n'est pas en mesure d'accomplir ses activités courantes.

Indemnité pour perte de capacité de gain : remplace après deux ans, les indemnités hebdomadaires énumérées ci-dessus. Cette indemnité est versée à la personne assurée qui a subi une perte à long terme de sa capacité de gain à la suite d'un accident.

Autres indemnités d'invalidité : versées à la personne assurée qui n'est pas en mesure d'accomplir ses activités courantes et qui n'est pas admissible aux indemnités hebdomadaire de remplacement de revenu, aux indemnités pour incapacité à poursuivre ses études et aux indemnités de soignant.

Indemnité complémentaire pour frais médicaux : versée à la personne assurée pour payer les frais médicaux raisonnables engagés en raison de ses blessures. Ces frais sont ceux qui ne sont pas payés par un autre régime d'assurance, dont l'Assurance-santé de l'Ontario, ou par d'autres régimes complémentaire d'assurance offerts par l'employeur de la personne assurée.

Indemnité de réadaptation : sert à payer les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne assurée ou pour son compte à la suite d'un accident et qui ne sont pas payés par un autre régime d'assurance.

Indemnité de soins auxiliaires : versée à la personne assurée pour des soins fournis par un aide.

Services de gestionnaire de cas : sert à payer les frais raisonnables et nécessaires engagés pour la coordination des biens et services requis si la personne assurée souffre de déficience invalidante à la suite d'un accident.

Autres frais (autres indemnités pour pertes pécuniaires) : servent à payer les frais raisonnables, dont des frais de personnes en visite engagés pour rendre visite à la personne assurée pendant son traitement ou sa convalescence. Ils servent aussi à payer les travaux ménagers et des travaux d'entretien du domicile et des frais engagés pour réparer ou remplacer des articles perdus ou endommagés au moment de l'accident et des frais d'études engagés inutilement.

Prestation de décès : versée aux survivants de la personne décédée à la suite d'un accident.

Indemnité pour frais funéraires : versée à l'égard d'une personne assurée qui décède à la suite d'un accident.

Les indemnités suivantes s'appliquent aux accidents d'automobile survenus le 22 juin 1990 ou après cette date et avant le 31 1993.

Indemnité hebdomadaire : versée à la personne assurée pour remplacer le revenu perdu. Elle peut également être versée à la personne assurée qui n'est pas en mesure d'accomplir ses activités courantes.

Indemnité de soignant : versée à une personne assurée qui ne peut continuer d'agir à titre de soignant principal pour une personne avec qui elle réside et qui a moins de 16 ans, ou qui a plus de 16 ans et qui a besoin de soins en raison d'une incapacité physique ou mentale. Elle est également versée à un soignant qui n'est pas en mesure d'accomplir ses activités courantes.

Indemnité complémentaire pour frais médicaux et frais de réadaptation : versée à la personne assurée pour payer les frais médicaux et de réadaptation raisonnables engagés en raison de ses blessures. Ces frais sont ceux qui ne sont pas payés par un autre régime d'assurance, dont l'Assurance-santé de l'Ontario, ou par d'autres régimes complémentaire d'assurance offert par l'employeur de la personne assurée.

Indemnité de soins auxiliaires : versée à la personne assurée pour des soins fournis par un aide.

Prestation de décès : versée aux survivants de la personne décédée à la suite d'un accident.

Indemnité pour frais funéraires : versée à l'égard d'une personne assurée qui décède à la suite d'un accident.

Instructions, page 5

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Demande de médiation

Formulaire A

N° du dossier de la Commission

Section 1 Cette section DOIT être remplie.

Renseignements généraux

1. À quelle date l'accident d'automobile est-il survenu ? Mois / Jour / Année

2. Qui présente la demande ?
☐ Personne assurée ☐ Représentant(e) de la personne assurée ☐ Assureur ☐ Représentant(e) de l'assureur

3. Avez-vous déjà fait une demande de médiation ?
☐ Non ☐ Oui

4. Langue préférée
☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre, veuillez préciser ▶

5. Avez-vous communiqué avec l'autre partie et tenté de régler le différend avant de présenter la demande de médiation ?
☐ Non ☐ Oui

Personne assurée

Nom / Prénom

☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue / Ville / Province / Code postal

Téléphone à domicile ( ) | Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Date de naissance Mois / Jour / Année

1. Quelle est la meilleure façon de vous joindre ?
☐ Téléphone ☐ Poste ☐ Télécopieur ☐ Par mon(ma) représentant(e)

2. Quel est le meilleur endroit pour vous joindre ?
☐ Domicile ☐ Travail ☐ Autre, veuillez préciser ▶

3. Quel est le meilleur moment pour vous joindre ? Indiquez les jours et l'heure.

4. La personne assurée est-elle atteinte d'une incapacité légale (un mineur ou atteinte d'une incapacité mentale) ?
☐ Non ☐ Oui

Si oui, un membre de la famille, un(e) tuteur(trice) ou un(e) tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal a-t-il(elle) été nommé(e) ?
☐ Non ☐ Oui

Représentant(e) de la personne assurée

Nom / Prénom / N° du dossier

☐ M.
☐ Mme

Titre / Nom du cabinet

Adresse Rue / Ville / Province / Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Relation avec la personne assurée
☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/ administrateur/ fiduciaire ☐ Tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Échantillon

Formulaire A
Demande de médiation

Section 1 suite

Assureur

Nom de l'assureur

Nom de l'expert(e) d'assurance | N° de la demande

Nom du titulaire de la police | N° de la police

Représentant(e) de l'assureur

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M
☐ Mme

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Médiation

1. Souhaitez-vous que la médiation ait lieu en français ?
   ☐ Non ☐ Oui

2. Aurez-vous besoin des services d'un interprète ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, dans quelle langue ?*

Veuillez noter que la personne assurée doit prendre les dispositions nécessaires pour obtenir des services d'interprétation ou de traduction dans une langue autre que le français ou l'anglais pour une médiation.

3. Souhaitez-vous rencontrer l'autre partie en personne ?
   ☐ Non ☐ Oui

Veuillez noter que la médiation peut avoir lieu par téléconférence, au gré du médiateur.

Signature et attestation

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. J'autorise l'assureur à divulguer à l'unité de médiation de la Commission tous les rapports et renseignements médicaux se rapportant aux questions en litige. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande seront remis à l'autre partie au litige.

Nom de la personne assurée (en caractères d'imprimerie) | Signature de la personne assurée

X

Nom du(de la) représentant(e) | Signature du(de la) représentant(e)

X

Date

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cette demande.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) ▼

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de la personne assurée

Date

F1974 (04/01)

Échantillon

QUESTIONS EN LITIGE

Le type d'indemnités, les montants maximaux et minimaux et les critères d'admissibilité peuvent varier selon la date à laquelle l'accident est survenu. Veuillez remplir seulement la section qui s'applique à la date à laquelle votre accident est survenu.

Vous devez remplir UNE seule section parmi les sections 2, 3, et 4. Veuillez jeter les parties qui ne s'appliquent pas.

Section 2 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Section 3 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996.

Section 4 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993.

Section 2 — Remplir la présente section seulement si votre accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. **L'assureur a-t-il demandé à la personne assurée de subir un examen médical** relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

La personne assurée est-elle prête à subir un examen médical exigé par l'assureur dans les 90 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu à moins que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

2. **L'assureur a-t-il demandé à la personne assurée de subir une évaluation à un CÉD** relative aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

La personne assurée est-elle prête à subir une évaluation à un CÉD dans les 30 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour une évaluation à un CÉD.

L'évaluation au CÉD a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

☐ Indemnité pour frais médicaux
☐ Indemnité de réadaptation
☐ Indemnité de soins auxiliaires
☐ Détermination d'une déficience invalidante

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD. *(Joindre d'autres pages, au besoin).*

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

3. **La personne assurée a-t-elle demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux indemnités en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelles d'indemnités l'évaluation a-t-elle eu trait ?

☐ Indemnités d'invalidité (indemnité de remplacement de revenu, indemnité de personne sans revenu ou indemnité de soignant)
☐ D'indemnités d'invalidité au-delà de 104 semaines (indemnité de remplacement de revenu ou indemnité de soignant)
☐ Détermination d'une déficience invalidante

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD. *(Joindre d'autres pages, au besoin).*

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

F1974 (04/01)

Échantillon

Section 2 *suite*

Description du différend

Veuillez revoir l'ÉCHANTILLON de demande fourni à la page 4 des instructions avant de remplir la présente section. Cochez les cases qui correspondent aux indemnités en litige. Si le différend porte sur plusieurs montants pour une indemnité particulière, veuillez indiquer ces montants dans la case prévue à cette fin. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Le demandeur a-t-il des indemnités facultatives ?
☐ Non ☐ Oui

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼

☐ Indemnités hebdomadaires

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ?
- ☐ Indemnité de remplacement de revenu
- ☐ Indemnité de personne sans revenu

Que contestez-vous ?
- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
- ☐ Indemnité après l'âge de 65 ans
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$
De À

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?
☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

☐ Indemnité de soignant

Montant hebdomadaire en litige ?

$
De À

Que contestez-vous ?
- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

☐ Indemnité pour frais médicaux

Montant en litige ?

$

La demande met-elle en cause une déficience invalidante ?
☐ Non ☐ Oui

☐ Indemnité de réadaptation

Montant en litige ?

$

☐ Indemnité de soins auxiliaires

Montant en litige ?

$

Échantillon

Section 2 *suite*		**Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée.** *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
☐ **Services de gestionnaire de cas**	Montant en litige ? $	
☐ **Autres frais**	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais d'études engagés inutilement ☐ Frais des personnes en visite ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages causés aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ **Prestation de décès**	Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour frais funéraires**	Montant en litige ? $	
☐ **Autres différends**	Montant en litige ? $	
☐ **Intérêts**	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Demande à la fin de la Section 1 et énumérer tous vos documents à la Section 5. Faites parvenir deux copies des sections 1, 2 et 5 de la présente Demande, et toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité de médiation
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

F1974 (04/01)

Échantillon

Section 3 — Remplir la présente section SEULEMENT si votre accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994 ou entre cette date et le 31 octobre 1996.

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. L'assureur a-t-il **demandé à la personne assurée de subir un examen médical** relatif aux questions en litige?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

La personne assurée est-elle prête à subir un examen médical exigé par l'assureur dans les 30 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

2. L'assureur a-t-il **demandé à la personne assurée de subir une évaluation à un CÉD** relative aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

La personne assurée est-elle prête à subir une évaluation à un CÉD dans les 30 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour une évaluation à un CÉD.

L'évaluation au CÉD a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

☐ Indemnité complémentaire pour frais médicaux
☐ Indemnité de réadaptation
☐ Indemnité de soins auxiliaires
☐ Indemnité pour perte de capacité de gain

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD. *(Joindre d'autres pages, au besoin)*

Code du CED

Code du CED

3. La personne assurée a-t-elle **demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux indemnités en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelles d'indemnités l'évaluation a-t-elle eu trait ?

☐ Indemnité d'invalidité (indemnité de remplacement de revenu, indemnité pour incapacité à poursuivre ses études ou indemnité de soignant)
☐ Indemnité pour perte de capacité de gain
☐ Indemnité de soins auxiliaires

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CED. *(Joindre d'autres pages, au besoin)*

Code du CED

Code du CED

Exemplaire

Section 3 suite

Description du différend

Veuillez revoir l'ÉCHANTILLON de demande fourni à la page 4 des instructions avant de remplir la présente section. Cochez les cases qui correspondent aux indemnités en litige. Si le différend porte sur plusieurs montants pour une indemnité particulière, veuillez indiquer ces montants dans la case prévue à cette fin.

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée.
(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin). ▼

☐ Indemnités hebdomadaires

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ?

- ☐ Indemnité de remplacement de revenu
- ☐ Indemnité pour incapacité à poursuivre ses études
- ☐ Indemnité de soignant
- ☐ Autre invalidité

Que contestez-vous ?

- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
- ☐ Indemnité après l'âge de 65 ans
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$

De À

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

L'assureur a-t-il offert une indemnité pour perte de capacité de gain à la personne assurée ?

☐ Non ☐ Si non

☐ Indemnité pour perte de capacité de gain

L'assureur a-t-il offert une d'indemnité pour perte de capacité de gain à la personne assurée ?

☐ Non Si non ▼

- ☐ Demande d'indemnité pour perte de capacité de gain

☐ Oui Si oui ▼

Quelle partie de l'offre contestez-vous ?

- ☐ Capacité de gain avant l'accident
- ☐ Capacité de gain résiduelle

☐ Indemnité pour incapacité à poursuivre ses études (montant forfaitaire)

Montant en litige ?

$

☐ Indemnité pour frais médicaux

Montant en litige ?

$

☐ Indemnité de réadaptation

Montant en litige ?

$

Échantillon

Formulaire A
Demande de médiation

Section 3 suite		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
☐ **Indemnité pour autre assistance**	Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour pertes pécuniaires**	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais de personnes en visite ☐ Frais engagés pour personnes à charge ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ **Prestation de décès**	Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour frais funéraires**	Montant en litige ? $	
☐ **Autres différends**	Montant en litige ? $	
☐ **Intérêts**	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Demande à la fin de la Section 1 et énumérer tous vos documents à la Section 5. Faites parvenir deux copies des sections 1, 3 et 5 de la présente Demande, et toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité de médiation
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

F1974 (04/01)

échantillon

Section 4 **Remplir la présente section SEULEMENT si votre accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990 ou entre cette date et le 31 décembre 1993.**

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. L'assureur a-t-il demandé à la personne assurée de subir un examen médical relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

La personne assurée est-elle prête à subir un examen médical exigé par l'assureur dans les 30 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

Description du différend

Veuillez revoir l'ÉCHANTILLON de demande fourni à la page 4 des instructions avant de remplir la présente section. Cochez les cases qui correspondent aux indemnités en litige. Si le différend porte sur plusieurs montants pour une indemnité particulière, veuillez indiquer ces montants dans la case prévue à cette fin. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Avez-vous des indemnités facultatives ?

☐ Non ☐ Oui

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼

☐ **Indemnité de revenu**

Quelle indemnité de revenu contestez-vous ?

☐ Indemnité d'une personne qui a un emploi

☐ Indemnités, si la personne n'a pas d'emploi

Que contestez-vous ?

☐ Le droit aux indemnités

☐ La période d'indemnisation

☐ Le montant des indemnités hebdomadaires

☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 156 semaines

☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$

De À

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

☐ **Indemnité de garde d'enfants**

Que contestez-vous ?

☐ Le droit aux indemnités

☐ La période d'indemnisation

☐ Le montant des indemnités

☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de garde d'enfants, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$

De À

Échantillon

Section 4 suite		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
☐ Indemnité pour frais médicaux complémentaires et de réadaptation	Montant en litige ? $	
☐ Indemnité de soins	Montant en litige $	
☐ Prestation de décès	Montant en litige ? $	
☐ Indemnité pour frais funéraires	Montant en litige ? $	
☐ Autres différends	Montant en litige ? $	
☐ Intérêts	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $ B	

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Demande à la fin de la Section 1 et énumérer tous vos documents à la Section 5. Faites parvenir deux copies des sections 1, 4 et 5 de la présente Demande, et toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité de médiation
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

Échantillon

Section 5 **Liste de documents. Cette section DOIT être remplie.**

On s'attend à ce que les deux parties en cause aient échangé les principaux documents avant de remplir la présente *Demande de médiation*. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).*

Documents

1. Veuillez énumérer les principaux documents en votre possession que vous comptez invoquer dans le cadre de la médiation.

   Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

2. Énumérez les principaux documents que vous n'avez pas en votre possession, que vous prévoyez obtenir d'autres sources (employeurs, médecins, Revenu Canada) et que vous comptez présenter dans le cadre de la médiation. Vous devez également indiquer les documents demandés à l'autre partie (rapports de l'examen de l'assureur (médicaux), éléments de preuve obtenus par surveillance, résumé des indemnités versées) qui ne vous ont pas été fournis.

   Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclarations de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document, le cas échéant.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la demande à la fin de la Section 1. Faites parvenir deux copies des sections 1 et 5 et UNE copie des sections 2, 3, ou 4 de la présente Demande selon la date de l'accident, et de toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité de médiation
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

Section 5

P1276 (03/01)

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Réponse à une Demande de médiation

Formulaire B

N° du dossier de médiation

Une *Demande de médiation* a été présentée au Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario. Vous êtes l'une des parties nommées dans cette demande. Utilisez le présent formulaire pour répondre aux raisons qui ont entraîné le différend.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Lorsque vous aurez rempli le présent formulaire, faites trois copies. Conservez-en une pour vos dossiers, faites parvenir une copie à l'autre partie au litige et envoyez l'original à :

Unité de médiation
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 18e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

Si vous avez des questions au sujet du présent formulaire ou si vous désirez obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec la Commission à Toronto en composant :

(416) 590-7210

ou sans frais : 1 800 517-2332, poste 7210

Site web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

Personne assurée

Aux fins de la présente, la personne assurée est toute personne faisant une demande d'indemnités d'accident légales auprès d'un assureur à la suite d'un accident d'automobile. Il n'est pas nécessaire que la personne assurée soit le titulaire de la police d'assurance.

Nom | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone à domicile ( ) | Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Date de naissance Mois Jour Année

1. Quelle est la meilleure façon de vous joindre ?
   ☐ Téléphone ☐ Poste ☐ Télécopieur ☐ Par mon(ma) représentant(e)
2. Quel est le meilleur endroit pour vous joindre ?
   ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Autre, veuillez préciser ▶
3. Quel est le meilleur moment pour vous joindre ? Indiquez les jours et l'heure
4. La personne assurée est-elle atteinte d'une incapacité légale (un mineur ou atteinte d'une incapacité mentale) ?
   ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, est-ce qu'un membre de la famille, un tuteur(trice) légal(e) ou un tuteur(trice) à l'instance a été nommé(e) ? ☐ Non ☐ Oui

Assureur

Nom de l'assureur | Nom de l'expert(e) d'assurance

N° de la demande | Nom du titulaire de la police | N° de la police

Représentant(e) de l'intimé

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M.
☐ Mme

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Relation avec l'intimé
☐ Avocat(e) ☐ Parajuridique ☐ Autre, veuillez préciser ▶

This form is also available in English

F1849 (05/01)

Translation

Formulaire B

Réponse à une Demande de médiation

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. L'assureur a-t-il **demandé à la personne assurée de subir un examen médical** relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

L'assureur est-il prêt à fixer un nouveau rendez-vous dans les 30 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

L'examen médical a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

2. L'assureur a-t-il **demandé à la personne assurée de subir une évaluation à un CÉD** relative aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

L'assureur est-il prêt à fixer un nouveau rendez-vous dans les 30 prochains jours ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez indiquer les dates disponibles ▶

Veuillez noter que dans certains cas, la médiation ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour une évaluation à un CÉD.

L'évaluation au CÉD a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

Date(s), nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD
(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

3. La personne assurée a-t-elle **demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux indemnités en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelles d'indemnités l'évaluation a-t-elle eu trait ?

Date(s), nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD
(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Code du CÉD

Code du CÉD

Échantillon

Formulaire B

Réponse à une Demande de médiation

Réponse

Veuillez répondre à toutes les questions soulevées dans la *Demande de médiation* et indiquer toute nouvelle question que vous souhaitez soulever lors de la médiation. *Joindre des feuilles additionnelles, au besoin.*

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Liste de documents. Cette section DOIT être remplie.

On s'attend à ce que les deux parties en cause aient échangé les principaux documents avant de remplir la présente *Demande de médiation.* ***(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).***

Veuillez énumérer les principaux documents (rapports médicaux, etc) que la personne intimée compte présenter dans le cadre de la médiation. Indiquez le type de document (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Indiquer les principaux documents que vous n'avez pas en votre possession et que la personne intimée compte obtenir d'autres sources (employeurs, médecins, Revenu Canada) et qui sont requis aux fins des discussions relatives au règlement des questions en litige. La personne intimée doit également énumérer tout document demandé à l'autre partie et qui n'a pas été fourni. *Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document, le cas échéant.*

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Signature

Nom *(en caractères d'imprimerie)*	Titre	Signature	Date

À L'USAGE DE LA COMMISSION

Code d'assureur/d'avocat(e)	Date de réception	Date d'enregistrement	N° du dossier
Médiateur	**Agent(e) chargé(e) du cas**	**Assistant(e)**	**Assistant(e)**

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Demande d'arbitrage
Formulaire C

Une personne assurée peut utiliser le présent formulaire pour demander l'arbitrage d'un différend relatif au droit aux indemnités aux termes de l'*Annexe sur les indemnités d'accident légales* (*Annexe*) ou au montant des indemnités. Vous ne pouvez présenter une demande d'arbitrage que si les questions en litige n'ont pas été résolues à l'étape de la médiation. **Vous pouvez également utiliser ce formulaire pour demander une évaluation neutre**.

Après avoir rempli le formulaire de demande, **conservez une copie** pour vos dossiers et **faites parvenir deux copies** de la demande dûment remplie et signée ainsi que tous les documents pertinents et les droits de dépôt à l'Unité d'arbitrage de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission ») à l'adresse ci-dessous.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Vous devez joindre des droits de dépôt de 100 $ à votre demande. Libellez votre chèque ou mandat à l'ordre du ministre des Finances. Les chèques libellés à l'ordre de la Commission ne seront pas acceptés et seront retournés. Si vous ne versez pas les droits en question, la Commission vous renverra votre demande.

Si vous avez des questions ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Unité d'arbitrage
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 14e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

À Toronto : (416) 250-6714, poste 7202

Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7202

Télécopieur : (416) 590-8462

Ligne de renseignements téléphoniques : (416) 590-7202

Site web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

This form is also available in English.

F1850 (03/01)

Échantillon

Soumettre une Demande d'arbitrage

Pour connaître toutes les règles relatives à l'arbitrage et à l'évaluation neutre, veuillez consulter le Code des pratiques pour le règlement des différends.

Comment remplir le formulaire

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

SECTION 1

Renseignements généraux

Veuillez répondre aux six questions.

Personne assurée

Inscrivez vos nom, adresse et numéros de téléphone, et indiquez le meilleur endroit où vous joindre. Assurez-vous d'inscrire le numéro du dossier de médiation, que vous trouverez sur la page couverture du Rapport de médiation.

Représentant(e) de la personne assurée

Vous pouvez choisir de vous faire représenter. Bon nombre de personnes se font représenter par un(e) avocat(e) lors de l'arbitrage ou de l'évaluation neutre, mais ce n'est pas nécessaire. Si vous avez un(e) représentant(e), indiquez ses nom, adresse et numéro de téléphone. S'il s'agit d'un cabinet, veuillez indiquer le nom du cabinet dans la case prévue à cet effet. *Si votre représentant n'est PAS un(e) avocat(e), veuillez fournir une confirmation écrite que le(la) représentant(e) est autorisé(e) à agir en votre nom lors de l'arbitrage et que cette personne a le pouvoir de régler le différend en votre nom. Une personne mineure (âgée de moins de 18 ans) ou une personne atteinte d'incapacité mentale doit être représentée.*

Assureur

Veuillez inscrire le nom de l'assureur et le nom de la personne avec qui vous faites affaire ou de son (sa) représentant(e) si vous le connaissez. Indiquez également le nom du titulaire de la police et le numéro de police.

Évaluation neutre

L'évaluation neutre pourrait convenir à votre cas si les questions en litige sont clairement définies. *L'évaluation neutre* est une évaluation des questions en litige par un évaluateur d'expérience qui soumet une opinion non exécutoire quant à l'issue probable de votre cas s'il était porté devant les tribunaux judiciaires ou soumis à l'arbitrage. Veuillez cochez la case appropriée sur la demande si le médiateur a renvoyé votre différend à une évaluation neutre.

Autrement, vous devez communiquer avec l'assureur pour obtenir une *évaluation neutre*. Les deux parties doivent consentir à une *évaluation neutre* et confirmer que **tous les documents et rapports pertinents nécessaires à l'examen des questions en litige ont été obtenus et échangés**.

Audience d'arbitrage

Veuillez fournir les détails de ce dont vous aurez besoin lors de l'audience d'arbitrage. Dans la plupart des cas, les deux parties souhaitent avoir une audience en personne. Cependant, dans les différends moins complexes, où aucun témoin ne sera appelé, et où peu d'éléments de preuve seront présentés, il est possible d'accélérer la procédure d'arbitrage en tenant une audience écrite ou électronique (p. ex. par téléphone). Dans le cas d'un arbitrage écrit, l'arbitre fonde sa décision sur les documents écrits soumis. *Si vous avez besoin d'un(e) interprète ou d'autres services spéciaux (un(e) interprète gestuel(le) ou l'accès pour un fauteuil roulant), veuillez fournir les détails dans cette section.*

Les audiences d'arbitrage ont lieu dans les bureaux de la Commission à North York pour les personnes assurées qui résident dans la région du Grand Toronto. Si vous résidez à l'extérieur de la région du Grand Toronto, les dispositions seront prises pour tenir l'audience à un endroit près de chez vous.

Signature et attestation

Veuillez apposer votre signature et la date et faire parvenir le formulaire et deux copies à l'Unité d'arbitrage du Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario. Assurez-vous d'inclure un chèque ou mandat pour la somme de **100 $** libellé à l'ordre du **ministre des Finances**. *NOTA : Votre demande peut être refusée si vous n'avez pas suivi les étapes indiquées.*

SECTIONS 2, 3 ET 4

Vous devez remplir UNE seule section, selon la date à laquelle l'accident d'automobile est survenu. Veuillez jeter les parties qui ne s'appliquent pas.

Section 2 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Section 3 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996.

Section 4 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993.

Questions en litige

Veuillez cochez toutes les indemnités que vous voulez porter à l'arbitrage dans les sections appropriées. Cochez les indemnités qui n'ont toujours pas été réglées (telles qu'elles apparaissent dans le *Rapport du médiateur*). *Il n'est pas possible d'ajouter de nouvelles questions à cette étape, car elles doivent d'abord passer par l'étape de la médiation.* Assurez-vous de remplir la section qui s'applique selon la date à laquelle votre accident est survenu.

SECTION 5 Documents requis à la médiation

Vous devez remplir la section 5. Veuillez énumérer les principaux documents en votre possession et que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. Veuillez également énumérer les principaux documents que vous désirez obtenir d'autres sources, y compris les documents demandés à l'assureur, tel que les éléments de preuve obtenus par surveillance.

F1850 (03/01)

Étapes du processus d'arbitrage

1re étape

Faites parvenir les documents suivants à l'Unité d'arbitrage de la Commission. L'adresse complète figure à la page couverture du présent formulaire.

- Deux copies de la *Demande d'arbitrage* dûment remplie, signée et datée (conservez une copie pour vos dossiers)
- Une copie du *Rapport du médiateur* (le cas échéant).
- Une copie du *Rapport de l'évaluateur neutre*, si une évaluation neutre a eu lieu.
- Tout renseignement au sujet du différend qui pourrait être pertinent (p. ex. Rapports de médecins, reçus fiscaux ou états financiers). **Envoyez des copies seulement – conserver les originaux de tous vos documents.**
- **Les droits de dépôt de 100 $, payables à l'ordre du ministre des Finances**

Si vous ne suivez pas ces instructions, votre demande vous sera retournée.

2e étape

La Commission enverra une copie de votre demande dûment remplie à l'assureur. Si vous et votre assureur convenez de soumettre votre différend à une évaluation neutre par l'intermédiaire de la Commission, la date de l'évaluation sera fixée. Si votre cas n'a pas été réglé à l'issue de l'évaluation neutre, il passera directement à l'étape 6 ci-dessous.

3e étape

Si votre cause n'a pas été renvoyée à une évaluation neutre, l'assureur doit déposer une *Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage* par l'intermédiaire de la Commission, dans les 20 jours qui suivent réception de votre *Demande d'arbitrage*. Cette réponse précisera la position de l'assureur à l'égard de votre différend et peut aussi soulever d'autres questions qui n'ont pas été réglées lors de la médiation. Vous recevrez une copie de la *Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*.

4e étape (facultative)

Vous pouvez répondre à la réponse de l'assureur. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire intitulé *Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage* que vous pouvez obtenir auprès de la Commission. Vous devez soumettre votre *Contre-réponse* dans les 10 jours qui suivent réception de la *Réponse de l'assureur*. Faites parvenir une copie de votre *Contre-réponse* à l'assureur et à la Commission.

5e étape

Avant de passer à l'arbitrage, la Commission fixe une date pour une conférence préparatoire avec un(e) arbitre. Vous êtes tenu de produire et échanger tous les documents et rapports pertinents avant la conférence préparatoire. Lors de la conférence préparatoire, vous et l'assureur discuterez les questions en litige en présence d'un(e) arbitre et vous préparerez l'arbitrage.

6e étape

Si le différend n'a pas été réglé après une évaluation neutre ou une conférence préparatoire, une date d'audience sera fixée. Après l'audience, la décision écrite de l'arbitre vous sera envoyée ainsi qu'à l'assureur.

Nota : Vous pouvez régler votre différend directement avec l'autre partie en tout temps au cours de la procédure d'arbitrage. Veuillez aviser l'Unité de médiation de tout règlement.

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario | Groupe de règlement des différends

Demande d'arbitrage
Formulaire C

N° du dossier d'arbitrage

Section 1 Cette section DOIT être remplie.

Renseignements généraux

1. À quelle date l'accident d'automobile est-il survenu ? Mois | Jour | Année
2. Qui présente la demande ? ☐ Personne assurée ☐ Représentant(e) de la personne assurée
3. Avez-vous déjà fait une demande d'arbitrage ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez fournir les numéros du dossier d'arbitrage ▶
4. Langue préférée ☐ Anglais ☐ Français ☐ Autre, veuillez préciser ▶
5. Avez-vous communiqué avec l'autre partie et tenter de régler le différend depuis la médiation ? ☐ Non ☐ Oui
6. Veuillez fournir le numéro du dossier de médiation. M-
   Avez vous joint une copie du *Rapport du médiateur* ? ☐ Non ☐ Oui

Personne assurée

Nom | Prénom

☐ M. ☐ Mme

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone à domicile ( ) | Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Date de naissance Mois | Jour | Année

1. Quelle est la meilleure façon de vous joindre ? ☐ Téléphone ☐ Poste ☐ Télécopieur ☐ Par l'un(e) de mes représentant(e)
2. Quel est le meilleur endroit pour vous joindre ? ☐ Domicile ☐ Travail ☐ Autre, veuillez préciser ▶
3. Quel est le meilleur moment pour vous joindre ? Indiquez les jours et l'heure
4. La personne assurée est-elle atteinte d'une incapacité légale (un mineur ou atteinte d'une incapacité mentale) ? ☐ Non ☐ Oui
   Si oui, un membre de la famille, un(e) tuteur(trice) ou un(e) tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal a-t-il(elle) été nommé(e) ? ☐ Non ☐ Oui

Représentant(e) de la personne assurée

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M. ☐ Mme

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel ( )

Relation avec la personne assurée ☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/ administrateur/ fiduciaire ☐ Tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Assureur

Nom de l'assureur

Nom de l'expert(e) d'assurance | N° de la demande

Nom du titulaire de la police | N° de la police

Page (2001)

Échantillon

Section 1 *suite*

Évaluation neutre

1. Y-a-t-il encore des questions en médiation relativement à cet accident ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, quels sont les numéros de dossier ▶ M –
2. Le Rapport du médiateur recommande-t-il de soumettre certaines questions en litige à une évaluation neutre ?
   ☐ Non ☐ Oui
3. Avez-vous soumis certaines questions en litige à un évaluateur neutre privé nommé par le Directeur des arbitrages ?
   ☐ Non ☐ Oui
4. L'évaluateur neutre a-t-il déposé un rapport écrit ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez joindre une copie du rapport
5. Voulez-vous que l'on procède à une évaluation neutre par l'intermédiaire de la Commission ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, *est-ce que vous attestez que tous les documents ou rapports énumérés dans le Rapport du médiateur ont été échangés et qu'aucun autre document n'est requis aux fins d'évaluation des questions en litige ?*
   ☐ Oui ***Signature*** ▼

Audience d'arbitrage

1. Désirez-vous une audience verbale ?
   ☐ Non ☐ Oui
2. Pour certains différends moins complexes, il est possible d'accélérer la procédure d'arbitrage en tenant une audience écrite ou électronique. Voulez-vous une audience fondée sur les soumissions écrites ou électroniques (par téléphone) seulement ?
   ☐ Non ☐ Oui
3. Voulez-vous que l'audience se déroule en français ?
   ☐ Non ☐ Oui
4. Avez-vous besoin des services d'un interprète lors de l'audience d'arbitrage ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, dans quelle langue ? ▶
5. Avez-vous besoin d'autres services spéciaux, tels que l'accès en fauteuil roulant ou d'un(e) interprète gestuel(le) ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez préciser ▶
6. Voulez-vous que l'audience ait lieu à l'extérieur de la région du Grand Toronto ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, où ? ▶

Signature et attestation

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. J'autorise l'assureur à divulguer à l'Unité d'arbitrage de la Commission tous les rapports et renseignements médicaux se rapportant aux questions en litige. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande seront remis à l'autre partie au litige.

Nom de la personne assurée (en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne assurée

X

Nom du(de la) représentant(e)

Signature du(de la) représentant(e)

X

☐ Chèque ou mandat joint

Date

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cette demande.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) ▼

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de la personne assurée

Date

Formulaire C
Demande d'arbitrage

QUESTIONS EN LITIGE

Le type d'indemnités, les montants maximaux et minimaux et les critères d'admissibilité peuvent varier selon la date à laquelle l'accident est survenu. Veuillez remplir seulement la section qui s'applique à la date à laquelle votre accident est survenu.

Vous devez remplir UNE seule section parmi les sections 2, 3, et 4. Veuillez jeter les parties qui ne s'appliquent pas.

Section 2 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Section 3 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996.

Section 4 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993.

Section 2 — Remplir la présente section SEULEMENT si votre accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. Depuis la médiation, l'assureur vous a-t-il **demandé de subir un examen médical** relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, avez-vous participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Veuillez noter que dans certains cas, l'arbitrage ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

2. Depuis la médiation, l'assureur vous a-t-il **demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, avez-vous participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Veuillez noter que dans certains cas, l'arbitrage ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour une évaluation à un CÉD.

Si oui, l'évaluation au CÉD a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

☐ Indemnité pour frais médicaux
☐ Indemnité de réadaptation
☐ Indemnité de soins auxiliaires
☐ Détermination d'une déficience invalidante

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD.
(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

3. Depuis la médiation, avez-vous **demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux indemnités en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelles d'indemnités l'évaluation a-t-elle eu trait ?

☐ Indemnité d'invalidité (indemnité de remplacement de revenu, indemnité de personne sans revenu ou indemnité de soignant)
☐ Indemnité d'invalidité au-delà de 104 semaines (indemnité de remplacement de revenu ou indemnité de soignant)
☐ Détermination d'une déficience invalidante

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD.
(Joindre d'autres pages, au besoin).

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

F1000 (03/01)

Exemplaire

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 2 suite

Description du différend

***Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation.** (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).*

Le demandeur a-t-il des indemnités facultatives ?
- ☐ Non ☐ Oui

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au rapport de médiation. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼

☐ **Indemnités hebdomadaires**

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ?
- ☐ Indemnité de remplacement de revenu
- ☐ Indemnité de personne sans revenu

Que contestez-vous ?
- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
- ☐ Indemnité après l'âge de 65 ans
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si vous avez reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$

De À

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?
- ☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

☐ **Indemnité de soignant**

Montant hebdomadaire en litige ?

$

Que contestez-vous ?
- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

☐ **Indemnité pour frais médicaux**

Montant en litige ?

$

La demande met-elle en cause une déficience invalidante ?
- ☐ Non ☐ Oui

☐ **Indemnité de réadaptation**

Montant en litige ?

$

☐ **Indemnité de soins auxiliaires**

Montant en litige ?

$

Échantillon

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 2 suite		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au rapport de médiation. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
☐ Services de gestionnaire de cas	Montant en litige ? $	
☐ Autres frais	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais d'études engagés inutilement ☐ Frais des personnes en visite ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages causés aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ Prestation de décès	Montant en litige ? $	
☐ Indemnité pour frais funéraires	Montant en litige ? $	
☐ Autres différends	Montant en litige ? $	
☐ Intérêts	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ Frais d'audience		
☐ Sentence arbitrale spéciale		

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Demande à la fin de la Section 1 et énumérer tous vos documents à la Section 3. Faites parvenir deux copies des sections 1, 2 et 3 de la présente Demande, et toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité d'arbitrage
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

À l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

Section 2, page 2

Échantillon

Section 3 **Remplir la présente section SEULEMENT si votre accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994 ou entre cette date et le 31 octobre 1996.**

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. Depuis la médiation, l'assureur vous a-t-il **demandé de subir un examen médical relatif** aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, avez-vous participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Veuillez noter que dans certains cas, l'arbitrage ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

2. Depuis la médiation, l'assureur vous a-t-il **demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, avez-vous participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Veuillez noter que dans certains cas, l'arbitrage ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour une évaluation à un CÉD.

Si oui, l'évaluation au CÉD a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

- ☐ Indemnité complémentaire pour frais médicaux
- ☐ Indemnité de réadaptation
- ☐ Indemnité de soins auxiliaires
- ☐ Indemnité pour perte de capacité de gain

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD.
(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

3. Depuis la médiation, avez-vous **demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux indemnités en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelles d'indemnités l'évaluation a-t-elle eu trait ?

- ☐ Indemnité d'invalidité (indemnité de remplacement de revenu, indemnité pour incapacité à poursuivre ses études ou indemnité de soignant)
- ☐ Indemnité pour perte de capacité de gain
- ☐ Indemnité de soins auxiliaires

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD.
(Joindre d'autres pages, au besoin).

Code du CÉD

Code du CÉD

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

Échantillon

F1550 (03/01)

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 3 *suite*

Description du différend ***Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).***

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au rapport de médiation. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼

☐ **Indemnités hebdomadaires**

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ?

☐ Indemnité de remplacement de revenu
☐ Indemnité pour incapacité à poursuivre ses études
☐ Indemnité de soignant
☐ Autre invalidité

Que contestez-vous ?

☐ Le droit aux indemnités
☐ La période d'indemnisation
☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
☐ Indemnité après l'âge de 65 ans
☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si vous avez reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

__________ $

De __________ À __________

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

Avez vous un revenu prédéterminé selon une convention d'emploi autonome ?

☐ Non ☐ Oui

☐ **Indemnité pour perte de capacité de gain**

L'assureur vous a-t-il offert une indemnité pour perte de capacité de gain ?

☐ Non Si non ▼

☐ Demande d'indemnité pour perte de capacité de gain

☐ Oui Si oui ▼

Quelle partie de l'offre contestez-vous ?

☐ Capacité de gain avant l'accident
☐ Capacité de gain résiduelle

☐ **[illegible]**

Montant en litige ?

__________ $

☐ **Indemnité pour frais médicaux**

Montant en litige ?

__________ $

☐ **[illegible]**

Montant en litige ?

__________ $

[illegible]

[illegible]

échantillon

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 3 suite		**Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au rapport de médiation.** *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
☐ **Indemnité pour soins médicaux**	Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour pertes pécuniaires**	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais de personnes en visite ☐ Frais engagés pour personnes à charge ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ **Prestation de décès**	Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour frais funéraires**	Montant en litige ? $	
☐ **Autres différends**	Montant en litige ? $	
☐ **Intérêts**	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ **Frais d'audience**		
☐ **Sentence arbitrale spéciale**		

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Demande à la fin de la Section 1 et énumérer tous vos documents à la Section 5. Faites parvenir deux copies des sections 1, 3 et 5 de la présente Demande, et toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité d'arbitrage
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

Section 3, page 2

F1280 (03/01)

échantillon

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 4 **Remplir la présente section SEULEMENT si votre accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990 ou entre cette date et le 31 décembre 1993.**

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur

L'assureur vous a-t-il demandé de subir un examen médical relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, avez-vous participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Veuillez noter que dans certains cas, l'arbitrage ne peut pas avoir lieu avant que la personne assurée ne se soit rendue raisonnablement disponible pour un examen médical exigé par l'assureur.

Description du différend

Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elle ait fait l'objet d'une médiation. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Le demandeur a-t-il des indemnités facultatives ?
☐ Non ☐ Oui

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au rapport de médiation. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼

☐ **Indemnité de revenu**

Quelles indemnités de revenu contestez-vous ?
☐ Indemnité d'une personne qui a un emploi
☐ Indemnité, si la personne n'a pas d'emploi

Que contestez-vous ?
☐ Le droit aux indemnités
☐ La période d'indemnisation
☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 156 semaines
☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si vous avez reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$ _____
De À

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?
☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

☐ **Indemnité de garde d'enfants**

Que contestez-vous ?
☐ Le droit aux indemnités
☐ La période d'indemnisation
☐ Le montant des indemnités
☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si vous avez reçu des indemnités de garde d'enfants, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$ _____
De À

Échantillon

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 4 suite	**Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au rapport de médiation.** *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).* ▼
☐ **Indemnité pour frais médicaux, orthopédiques et de réadaptation** Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité de soins** Montant en litige ? $	
☐ **Prestation de décès** Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour frais funéraires** Montant en litige ? $	
☐ **Autres différends** Montant en litige ? $	
☐ **Intérêts** Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ **Frais d'audience**	
☐ **Barèmes d'arbitrage spéciaux**	

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Demande à la fin de la Section 1 et énumérer tous vos documents à la Section 5. Faites parvenir deux copies des sections 1, 4 et 5 de la présente Demande, et toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité d'arbitrage
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

F1820 (03/01)

Échantillon

Formulaire C
Demande d'arbitrage

Section 5 **Liste de documents. Cette section DOIT être remplie.**

On s'attend à ce que la personne assurée et l'assureur aient échangé les principaux documents avant de remplir la présente *Demande d'arbitrage*. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).*

Documents

1. Veuillez expliquer pourquoi un document identifié dans le **Rapport du médiateur** comme ayant été demandé par l'assureur n'a pas été fourni à l'assureur avant de soumettre votre **Demande d'arbitrage**.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

2. Veuillez énumérer les principaux documents en votre possession que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage
Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

3. Énumérez les principaux documents que vous n'avez pas en votre possession, que vous prévoyez obtenir d'autres sources (employeurs, médecins, Revenu Canada) et que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. Vous devez également indiquer les documents demandés à l'autre partie (rapports de l'examen de l'assureur (médicaux), éléments de preuve obtenus par surveillance, résumé des indemnités versées) et qui ne vous ont pas été fournis.
Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclarations de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document, le cas échéant.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la demande à la fin de la Section 1. Faites parvenir deux copies des sections 1 et 5 et UNE copie des sections 2, 3, ou 4 de la présente demande, et de toutes les feuilles que vous avez ajoutées à :

Unité d'arbitrage
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario

à l'adresse qui figure à la page couverture de la présente demande.

Section 5 F1880 (03/01)

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario — Groupe de règlement des différends

Formulaire D
Consentement à une évaluation neutre à la Commission
(À renvoyer par télécopieur)

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toutes questions sur la collecte de ces renseignements peuvent être adressées au bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends de la CSFO.

Une ***Demande d'arbitrage*** a été déposée auprès du Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission »). Votre compagnie est l'une des parties nommées dans cet arbitrage. Veuillez utiliser ce formulaire pour consentir à la demande d'évaluation neutre soulevée dans cette ***Demande***.

Ce formulaire peut également être utilisé lorsqu'un assureur demande une évaluation neutre par l'entremise de la Commission, lorsque la personne assurée N'A PAS demandé une évaluation neutre dans cette Demande, pourvu que l'assureur obtienne le consentement écrit de la personne assurée à cet effet et qu'aucune évaluation neutre privée n'ait eu lieu relativement aux questions en litige.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX **N° du dossier de la Commission pour l'arbitrage**

Personne assurée			**Date de l'accident**
Nom	Prénom		Mois Jour Année
Adresse Rue	Ville	Province	Code postal
Téléphone à domicile ( )	Téléphone au travail ( )	Télécopieur ( )	
Assureur			
Nom			
Nom de la personne ressource			
Adresse Rue			
Ville	Province	Code postal	
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel	
N° de la demande de l'assureur	Titulaire de la police	N° de la police	

1. L'assureur doit dans **les 20 jours** suivant réception de la ***Demande d'arbitrage***, répondre de l'UNE des façons suivantes :

Échantillon

Formulaire D

Consentement à une évaluation neutre à la Commission

a. Lorsque la personne assurée a demandé une évaluation neutre dans la ***Demande d'arbitrage***, l'assureur peut consentir à l'évaluation en signifiant et en déposant le présent formulaire auprès de la personne assurée, du bureau du registrateur et du Groupe de règlement des différends. La Commission exige que ce formulaire lui soit signifié par télécopieur.

b. Lorsque la personne assurée n'a PAS demandé une évaluation neutre dans la ***Demande d'arbitrage***, l'assureur peut demander une évaluation neutre en obtenant le consentement écrit de la personne assurée et en signifiant et en déposant le consentement écrit ainsi que le présent formulaire auprès du bureau du registrateur. La Commission exige que ce formulaire lui soit signifié par télécopieur.

c. Suivant réception des documents visés aux paragraphes a) et b) ci-dessus, le directeur d'arbitrage désigne sans délai une personne qui effectuera l'évaluation neutre et confirme la désignation auprès des parties. Lorsque l'assureur ne souhaite pas soumettre les questions en litige à une évaluation neutre, celui-ci doit déposer une ***Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage*** (Formulaire E), conformément à la Règle 27 du Code des pratiques de règlement des différends.

2. La personne assurée a demandé une évaluation neutre par l'entremise de la Commission dans la ***Demande d'arbitrage*** :
   Oui ___ Non ___

a. Si **OUI**, l'assureur **CONSENT** par la présente à soumettre les questions en litige dans le cadre du présent arbitrage à une personne nommée par le directeur d'arbitrage pour une évaluation neutre sur l'issue probable de cette arbitrage.

b) Si **NON**, l'assureur **DEMANDE** par la présente que les questions en litige dans le cadre du présent arbitrage soient soumises à une personne nommée par le directeur d'arbitrage pour une évaluation neutre. L'assureur a annexé une copie du consentement écrit de la personne assurée à ce que les questions en litige dans le cadre du présent arbitrage soit soumises à une évaluation neutre par l'intermédiaire de la Commission.

Oui ___

1. L'assureur atteste par la présente que les parties ont échangé tous les documents requis pour une évaluation des questions en litige dans le cadre de cet arbitrage ou que ces documents seront échangés dans **les 30 jours** qui suivent la date de ce formulaire et qu'aucun autre document ou rapport n'est requis pour l'évaluation neutre.

4 La personne nommée ci-dessous sera disponible pour participer à une évaluation neutre au cours **des 60 jours** qui suivent la date du présent formulaire. L'assureur confirme que les parties sont disponibles pour les deux demi-journées suivantes :

_____ heure

_____ heure

LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER, AYANT LE POUVOIR DE LIER L'ASSUREUR:

Représentant(e) de la compagnie :

Échantillon

Formulaire D

Consentement à une évaluation neutre à la Commission

Nom	Prénom	Titre
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel
Signature du coordonnateur ADR		Date

Ou le représentant(e) légal(e) de l'assureur

Nom	Cabinet d'avocats	N° du dossier
Adresse Rue		
Ville	Province	Code postal
N° de téléphone	N° de télécopieur	Courriel

Échantillon

(Rev.Mar/01)

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Formulaire E

N° du dossier d'arbitrage

Une Demande d'arbitrage a été déposée auprès du Groupe de règlement des différends de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission »). Une copie de la Demande d'arbitrage est jointe. Votre compagnie est l'une des parties nommées dans cet arbitrage. Veuillez utiliser le présent formulaire pour répondre aux questions soulevées dans cette Demande. Vous pouvez ajouter des questions qui ont été soumises à la médiation, mais qui n'ont pas été résolues. Vous devez signifier une copie de la présente Réponse à la personne assurée et fournir une preuve de signification à la Commission, dans les 20 jours suivant réception du présent document. Il n'est pas nécessaire de remplir la présente Réponse si l'assureur consent à la Demande d'évaluation neutre de la personne assurée ou si la personne assurée donne un Consentement à une évaluation neutre par l'entremise de la Commission dans les 30 jours suivant réception du présent document.

Si la personne assurée n'a pas demandé une évaluation neutre par l'intermédiaire de la Commission, mais que l'assureur souhaite demander une telle évaluation, celui-ci doit communiquer avec la personne assurée ou son(sa) représentant(e), le cas échéant, afin d'obtenir le consentement écrit de la personne assurée à une évaluation neutre. Ce consentement écrit et un Consentement à une évaluation neutre à la Commission (Formulaire D) doivent être déposés dans les 20 jours suivant réception par l'assureur de la Demande d'arbitrage.

L'assureur doit remplir et signer la Section 1.

L'assureur doit remplir UNE des Sections 2, 3 ou 4, selon la date à laquelle l'accident est survenu.

L'assureur doit remplir la Section 5. L'assureur doit énumérer les principaux documents qu'il a en sa possession et qui seront présentés lors de l'arbitrage (p. ex. les éléments de preuve obtenus par surveillance). Il doit aussi énumérer les principaux documents que l'assureur prévoit obtenir d'autres sources, y compris les documents demandés à la personne assurée, dont les rapports financiers et les rapports d'emploi.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toutes questions sur la collecte de ces renseignements peuvent être adressée au bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, Commission des services financiers de l'Ontario.

Section 1 Cette section DOIT être remplie.

Renseignements généraux

À quelle date l'accident d'automobile est-il survenu ?

Mois | Jour | Année

Nom | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Assureur

Nom de la compagnie

Nom de la personne à contacter | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

N° de la demande de l'assureur | Titulaire de la police | N° de la police

Représentant(e) de l'assureur

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M.
☐ Mme

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 1 *suite*

Évaluation neutre

1. Certaines questions relatives à l'accident font-elles présentement l'objet d'une médiation ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le numéro du dossier de médiation ▶ M –
2. Le rapport du médiateur recommande-t-il de renvoyer les questions encore en litige pour évaluation neutre ?
   ☐ Non ☐ Oui
3. Avez-vous référé certaines questions en litige à un évaluateur neutre privé nommé par le directeur d'arbitrage ?
   ☐ Non ☐ Oui
4. L'évaluateur neutre a-t-il préparé un rapport écrit ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez en annexer une copie.
5. Désirez-vous obtenir une évaluation neutre par l'entremise de la Commission ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, *pouvez-vous attester que tous les documents ou rapports énumérés dans le Rapport du médiateur ont été échangés et qu'aucun autre document n'est requis aux fins de l'évaluation des questions en litige ?*
   ☐ Oui ***Signature*** ▼

Format de l'audience

1. L'assureur souhaite-t-il obtenir une audience orale ?
   ☐ Non ☐ Oui
2. Pour les différends moins complexes, il est possible d'accélérer la procédure d'arbitrage en tenant une audience écrite ou électronique, où l'arbitre fonde sa décision sur les documents écrits soumis. L'assureur souhaite-t-il obtenir une audience électronique (par téléphone) ou écrite seulement ?
   ☐ Non ☐ Oui
3. L'assureur a-t-il besoin de services spéciaux, p. exemple équipement audiovisuel ?
   ☐ Non ☐ Oui Si oui, veuillez décrire ▶
4. L'assureur retiendra-t-il les services d'un(e) sténographe judiciaire ?
   ☐ Non ☐ Oui

Signature et attestation

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans la présente ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que des copies de tous les renseignements déposés avec cette Réponse seront remis à l'autre partie en cause.

Nom	Titre	Signature

Date

Échantillon

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

QUESTIONS EN LITIGE

Le type d'indemnités, les montants maximaux et minimaux et les critères d'admissibilité peuvent varier selon la date à laquelle l'accident est survenu. Veuillez remplir seulement la section qui s'applique à la date à laquelle votre accident est survenu.

Vous devez remplir UNE seule section parmi les sections 2, 3, et 4. Veuillez jeter les parties qui ne s'appliquent pas.

Section 2 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Section 3 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 1er janvier 1994, ou entre cette date et le 31 octobre 1996.

Section 4 – Remplir si l'accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990, ou entre cette date et le 31 décembre 1993.

Section 2 Remplir la présente section seulement si votre accident d'automobile est survenu le 1er novembre 1996 ou après cette date.

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur et sur l'évaluation par un centre d'évaluation désigné (CÉD)

1. Depuis la conclusion de la médiation, **l'assureur a-t-il demandé à la personne assurée de subir un examen médical** relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

2. Depuis la conclusion de la médiation, **l'assureur a-t-il demandé à la personne assurée de subir une évaluation à un CÉD** relative aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Si oui, l'évaluation au CÉD a eu trait à quelle demande d'indemnités ?

- ☐ Indemnité pour frais médicaux
- ☐ Indemnité de réadaptation
- ☐ Indemnité de soins auxiliaires
- ☐ Détermination d'une déficience invalidante

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD. *(Joindre d'autres pages, au besoin).*

Code du CÉD

Code du CÉD

3. Depuis la conclusion de la médiation, **la personne assurée a-t-elle demandé de subir une évaluation à un CÉD** relative aux indemnités en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, à quelles d'indemnités l'évaluation a-t-elle eu trait ?

- ☐ Indemnité d'invalidité (indemnité de remplacement de revenu, indemnité de personne sans revenu ou indemnité de soignant)
- ☐ Indemnité d'invalidité au-delà de 104 semaines (indemnité de remplacement de revenu ou indemnité de soignant)
- ☐ Détermination d'une déficience invalidante

Contestez-vous les résultats de l'évaluation du CÉD ?

☐ Non ☐ Oui ☐ En partie

Nom(s), adresse(s) et code du(des) CÉD. *(Joindre d'autres pages, au besoin)*

Code du CÉD

Code du CÉD

Échantillon

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 2 suite

Description du différend

Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Le demandeur a-t-il des indemnités facultatives ?

☐ Non ☐ Oui

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼).*

☐ **Indemnités hebdomadaires**

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ?

☐ Indemnité de remplacement de revenu
☐ Indemnité de personne sans revenu

Que contestez-vous ?

☐ Le droit aux indemnités
☐ La période d'indemnisation
☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
☐ Indemnité après l'âge de 65 ans
☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$

De À

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

☐ **Indemnité de soignant**

Montant hebdomadaire en litige ?

$

Que contestez-vous ?

☐ Le droit aux indemnités
☐ La période d'indemnisation
☐ Le montant des indemnités
☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
☒ Autre, veuillez préciser ▼

☐ **Indemnité pour frais médicaux**

Montant en litige ?

$

La demande met-elle en cause une déficience invalidante ?

☐ Non ☐ Oui

☐ **Indemnité de réadaptation**

Montant en litige ?

$

☐ **Indemnité de soins auxiliaires**

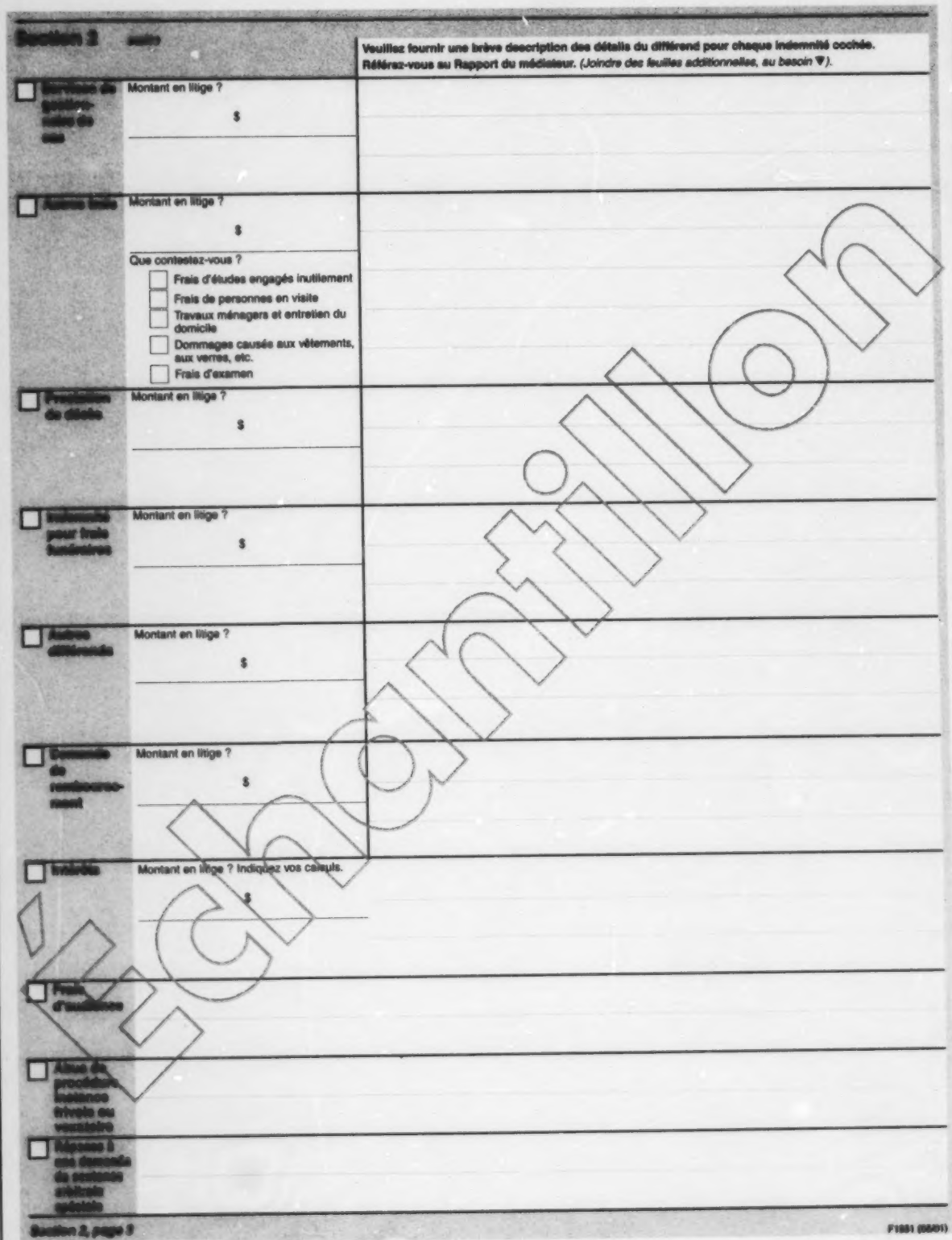
Montant en litige ?

$

Échantillon

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage



Section 2		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. (*Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼*).
☐ Services de gestion-naire de cas	Montant en litige ? $	
☐ Autres frais	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais d'études engagés inutilement ☐ Frais de personnes en visite ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages causés aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ Protection du décès	Montant en litige ? $	
☐ Indemnité pour frais funéraires	Montant en litige ? $	
☐ Autres allocations	Montant en litige ? $	
☐ Demande de rembourse-ment	Montant en litige ? $	
☐ Intérêts	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ Frais d'assistance		
☐ Abus de procédure, instance frivole ou vexatoire		
☐ Réponse à une demande de sentence arbitrale générale		

Section 2, page 1 F1551 (05/01)

Échantillon

Formulaire E
Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 2 suite

		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼).*
☐ **Services de gestionnaire de cas**	Montant en litige ? $	
☐ **Autres frais**	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais d'études engagés inutilement ☐ Frais de personnes en visite ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages causés aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ **Prestation de décès**	Montant en litige ? $	
☐ **Indemnité pour frais funéraires**	Montant en litige ? $	
☐ **Autres différends**	Montant en litige ? $	
☐ **Demande de remboursement**	Montant en litige ? $	
☐ **Intérêts**	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ **Frais d'audience**		
☐ **Abus de procédure, instance frivole ou vexatoire**		
☐ **Réponse à une demande de sentence arbitrale spéciale**		

Section 2, page 3

[illegible]

échantillon

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 3 — **Description du différend** — *suite*

Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous demandez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼).*

☐ **Indemnités hebdomadaires**

Quelles indemnités hebdomadaires contestez-vous ?

- ☐ Indemnité de remplacement de revenu
- ☐ Indemnité pour incapacité à poursuivre ses études
- ☐ Indemnité de soignant
- ☐ Autre invalidité

Que contestez-vous ?

- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 104 semaines
- ☐ Indemnité après l'âge de 65 ans
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si la personne assurée a reçu des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

_____ $

De _____ À _____

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

La personne assurée a-t-elle un revenu prédéterminé selon une convention d'emploi autonome ?

☐ Non ☐ Oui

☐ **Indemnité pour perte de capacité de gain**

L'assureur a-t-il offert une indemnité pour perte de capacité de gain à la personne assurée ?

☐ Non Si non ▼

- ☐ Demande d'indemnité pour perte de capacité de gain

☐ Oui Si oui ▼

Quelle partie de l'offre contestez-vous ?

- ☐ Capacité de gain avant l'accident
- ☐ Capacité de gain résiduelle

☐ **Indemnité pour incapacité à poursuivre ses études**

Montant en litige ?

_____ $

☐ **Indemnité pour frais médicaux**

Montant en litige ?

_____ $

☐ **Indemnité de réadaptation**

Montant en litige ?

_____ $

Continuer à la page 3

Échantillon

Formulaire E
Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 3 suite

		Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼).*
☐ [illegible]	Montant en litige ? $	
☐ [illegible]	Montant en litige ? $ Que contestez-vous ? ☐ Frais d'études engagés inutilement ☐ Frais de personnes en visite ☐ Travaux ménagers et entretien du domicile ☐ Dommages causés aux vêtements, aux verres, etc. ☐ Frais d'examen	
☐ [illegible]	Montant en litige ? $	
☐ [illegible]	Montant en litige ? $	
☐ [illegible]	Montant en litige ? $	
☐ [illegible]	Montant en litige ? $	
☐ [illegible]	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ [illegible]		
☐ [illegible]		
☐ [illegible]		

[illegible]

Échantillon

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 4 Remplir la présente section seulement si votre accident d'automobile est survenu le 22 juin 1990 ou entre cette date et le 31 décembre 1993.

Renseignements sur l'examen médical de l'assureur

1. L'assureur a-t-il demandé à la personne assurée de subir un examen médical relatif aux questions en litige ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, la personne assurée a-t-elle participé ? ▶ ☐ Non ☐ Oui Si non, pourquoi ? ▼

Description du différend

Cochez les indemnités qui n'ont pas été réglées à l'étape de la médiation et pour lesquelles vous désirez des services d'arbitrage ou d'évaluation. Vous ne pouvez pas ajouter d'autres questions à cette étape jusqu'à ce qu'elles aient fait l'objet d'une médiation. (Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).

La personne assurée a-t-elle des indemnités facultatives ?

☐ Non ☐ Oui

Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼).*

☐ **Indemnité de revenu**

Quelles indemnités de revenu contestez-vous ?

- ☐ Indemnités d'une personne qui a un emploi
- ☐ Indemnités, si la personne n'a pas d'emploi

Que contestez-vous ?

- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités hebdomadaires
- ☐ L'admissibilité aux indemnités au-delà de 156 semaines
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si l'assureur a versé des indemnités de remplacement de revenu, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$ _____

De _____ À _____

L'assureur demande-t-il un remboursement des indemnités ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, indiquez le montant ▼

☐ **Indemnités de garde d'enfants**

Que contestez-vous ?

- ☐ Le droit aux indemnités
- ☐ La période d'indemnisation
- ☐ Le montant des indemnités
- ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Si l'assureur a versé des indemnités de garde d'enfants, indiquez le montant hebdomadaire et la durée des paiements.

$ _____

De _____ À _____

Échantillon

Formulaire E

Résponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 4 *suite*

	Montant en litige ?	Veuillez fournir une brève description des détails du différend pour chaque indemnité cochée. Référez-vous au Rapport du médiateur. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin ▼).*
☐ Indemnité pour frais médicaux remboursables et de réadaptation	$	
☐ Indemnité de décès	$	
☐ Prestation de décès	$	
☐ Indemnité pour frais funéraires	$	
☐ Autres différends	$	
☐ Demande de remboursement	$	
☐ Intérêts	Montant en litige ? Indiquez vos calculs. $	
☐ Frais d'arbitrage		
☐ Abus de procédure, frivolité ou vexatoire		
☐ Réponse à une demande de mesures arbitrale spéciale		

Échantillon

Formulaire E

Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage

Section 5 Liste de documents. Cette section DOIT être remplie.

On s'attend à ce que la personne assurée et l'assureur aient échangé les principaux documents avant de remplir une *Réponse de l'assureur à la Demande de médiation*. *(Joindre des feuilles additionnelles, au besoin).*

Documents

1. Veuillez expliquer pourquoi les documents identifiés dans le **Rapport du médiateur** comme ayant été demandés par la personne assurée ne lui ont pas été fournis avant la soumission de votre **Réponse par l'assureur à une Demande d'arbitrage**.

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

2. Veuillez énumérer les principaux documents que l'assureur a en sa possession que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. *Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document.*

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

3. Veuillez énumérez les principaux documents que l'assureur n'a pas en sa possession, que vous prévoyez obtenir d'autres sources (dossiers de l'employeurs, Revenu Canada) et que vous comptez présenter dans le cadre de l'arbitrage. L'assureur doit également indiquer les documents demandés de la personne assurée et qui n'ont toujours pas été fournis (rapports financiers et dossiers d'emploi). *Indiquez le type de document dont il s'agit (lettre, rapport médical, déclaration de revenu), le nom du rédacteur ou de l'institution émettrice et la date du document, le cas échéant.*

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

Après avoir rempli cette section, veuillez signer la Réponse à la fin de la Section 1.

Rassemblez une copie de la Réponse, des Sections 1 et 5 et UNE des Sections 2, 3 ou 4, selon la date à laquelle l'accident est survenu, ainsi que toutes les feuilles que vous avez ajoutées.

Gardez une copie de ces documents pour vos dossiers.

Faites parvenir une copie de ces documents à l'auteur(e) de la demande à l'adresse qui figure dans la Demande d'arbitrage.

Envoyer une copie de ces documents à la Commission à

Unité d'arbitrage
Groupe du règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge
14e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

Pour de plus amples renseignements :

À Toronto : (416) 250-8714, poste 7222
Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7302
Télécopieur : (416) 590-8422
Ligne de renseignements téléphoniques : (416) 590-7202

Échantillon

Formulaire F
Affirmation de signification

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Affirmation de signification

Formulaire F

Veuillez noter que ce formulaire comporte trois parties
Blanc - copie de la Commission des services financiers de l'Ontario
Jaune - copie de l'assureur
Rose - copie de la personne assurée

La présente a pour but d'affirmer qu'une copie d'un document a été remise à une partie à l'instance. Une *Affirmation de signification* doit être rempli pour chaque document signifié et remis à la personne assurée et à l'assureur, ou à leurs représentant(e)s. N'utilisez pas le présent formulaire lorsqu'il est nécessaire de déposer auprès de la Commission une preuve de signification d'une *assignation de témoin* et d'un paiement. Dans ce cas, vous devez utiliser un *Affidavit de signification d'une assignation de témoin* que vous pouvez obtenir auprès de la Commission.

Nom et numéro du dossier de la Commission	Personne assurée	Assureur	Numéro du dossier de la Commission

Qui êtes-vous ?

Nom | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Profession

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Destinataire de la signification

Nom | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Documents signifiés

Documents d'arbitrage
- ☐ Réponse de l'assureur à une Demande d'arbitrage
- ☐ Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage
- ☐ Autre (veuillez préciser ci-dessous)

Documents d'appel
- ☐ Avis d'appel
- ☐ Réponse à l'Avis d'appel
- ☐ Demande de modification/révocation
- ☐ Réponse à une Demande de modification/révocation
- ☐ Demande d'intervention
- ☐ Autre (veuillez préciser ▼)

Mode de signification
- ☐ Livraison en mains propres
- ☐ Courrier ordinaire
- ☐ Messagerie (inscrivez le nom de l'entreprise ci-dessous ▼)
- ☐ Courrier recommandé
- ☐ Télécopieur
- ☐ Autre (précisez ▼)

Nom de l'entreprise utilisée

Adresse de(de la) destinataire de la signification
Rue | Ville | Province | Code postal

Date de signification | Heure de signification

Une copie du rapport de transmission par télécopieur, ou le bordereau de l'entreprise de messagerie ou de la poste peut être demandé comme preuve à l'appui du présent avis.

Votre signature

Signature de l'expéditeur(trice) de la signification | Date

This form is also available in English.

1988 (05/01)

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario — Groupe de règlement des différends

Contre-réponse de l'auteur(e) de la Demande d'arbitrage

Formulaire G

N° du dossier d'arbitrage

Utilisez le présent formulaire pour répondre aux questions soulevées par l'assureur à la suite de votre *Demande d'arbitrage*. Vous devez répondre à toute nouvelle question soulevée par l'assureur dans sa *Réponse*. Si l'assureur n'en a soulevé aucune, vous n'êtes pas tenu d'y répondre. Cette *réponse* est facultative. Vous devez signifié une copie de votre *Contre-réponse* à l'assureur dans les 10 jours suivant la réception de la *Réponse de l'assureur*. Vous devez aussi déposer votre *Contre-réponse et une Affirmation de signification* à la Commission.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toutes questions sur la collecte de ces renseignements peuvent être adressées au bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, Commission des services financiers de l'Ontario.

Personne assurée

Nom — Prénom

☐ M.
☐ Mme

Représentant(e) légal(e) de la personne assurée

Si vous avez changé de représentant(e) depuis le dépôt de votre Demande d'arbitrage, indiquez les coordonnées de votre nouveau(elle) représentant(e).

Nom — Prénom — N° du dossier

☐ M.
☐ Mme

Titre — Nom du cabinet

Adresse Rue — Ville — Province — Code postal

Téléphone au travail ( ) — Télécopieur ( ) — Courriel

Assureur

Nom de la compagnie

Réponse

Veuillez répondre à la position de l'assureur concernant les questions en litige. Joindre des feuilles additionnelles au besoin

☐ Feuilles additionnelles jointes

Signature

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que des copies de tous les renseignements déposés avec cette Contre-réponse seront remis à l'autre partie en cause.

Nom — Signature — Date

☐ Personne assurée
☐ Représentant(e)

This form is also available in English

F1975 (05/01)

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario
Groupe de règlement des différends

Formulaire H
Déclaration conjointe relative à une évaluation neutre à la Commission
(À transmettre par télécopieur)

LES DEUX PARTIES DOIVENT REMPLIR LE PRÉSENT FORMULAIRE ET LE FAIRE PARVENIR À L'UNITÉ D'ARBITRAGE, GROUPE DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS, COMMISSION DES SERVICES FINANCIERS DE L'ONTARIO (LA « COMMISSION »), DANS LES 30 JOURS SUIVANT RÉCEPTION DE **L'AVIS DE DÉSIGNATION D'UN ÉVALUATEUR NEUTRE** PAR LE DIRECTEUR.

DESTINATAIRE : _____ **N° de télécopieur de l'Unité d'arbitrage : (416) 590-8462**
(nom de l'administrateur du cas de la Commission)

OBJET : NOM DU CAS _____

N° DE DOSSIER DE LA COMMISSION – A _____

Nous attestons par la présente que les parties ont échangé tous les documents énumérés dans le **Rapport du médiateur** et tous les autres documents pertinents à l'évaluation des questions en litige.

Suit une liste des questions qui n'ont pas été réglées et qui seront soumises à l'évaluateur neutre. (Joindre des pages additionnelles au besoin)

1. _____
2. _____
3. _____

Les parties conviennent qu'elles sont disponibles aux dates suivantes (**dans les 60 jours** suivant la date de l'**Avis de désignation d'un évaluateur neutre**) pour une séance d'une demi-journée consacrée à l'évaluation.

Date:

1. _____ heure
2. _____ heure

SIGNATURES :	
La personne assurée ou le(la) représentant(e) de la personne assurée	Assureur ou représentant(e) de l'assureur
Date	Date

(Rev. Mar/01)

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Avis d'appel
Formulaire I

Utilisez le présent formulaire pour une décision d'arbitrage en appel. **Seules les questions de droit peuvent faire l'objet d'un appel.**

Vous devez déposer *l'Avis d'appel* dûment rempli auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission ») à l'adresse ci-dessous **dans les 30 jours suivant** la date de l'ordonnance d'arbitrage que vous voulez porter en appel. Le directeur des arbitrages peut proroger le délai s'il juge que les motifs et la force de l'appel sont valables. Les étapes à suivre sont exposées dans le présent formulaire.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Si vous avez des questions ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Unité des appels
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 15e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

À Toronto : (416) 590-7222

Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7222

Télécopieur : (416) 590-7077

Site web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

Échantillon

This form is also available in English.

Porter une décision d'arbitrage en appel

Pour connaître toutes les règles relatives aux appels, veuillez consulter le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

1re étape

Remplissez *l'Avis d'appel* dans **les 30 jours** suivant la date de l'ordonnance d'arbitrage. *L'Avis d'appel* peut être refusé s'il est incomplet. Après avoir rempli le formulaire, vous devez en signifier une copie à la partie intimée (l'autre partie). Si l'intimé(e) était représenté(e) par un(e) avocat(e) lors de l'audience d'arbitrage, vous devez signifier *l'Avis d'appel* au (à) l'avocat(e). Si non, veuillez signifier *l'Avis d'appel* à l'intimé(e).

La signification peut se faire en personne, par la poste, par messager, par télécopieur, par courrier recommandé ou par toute autre méthode permise dans le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

Vous devez ensuite déposer les documents suivants auprès de la Commission :

- La *Réponse à l'Avis d'appel* dûment remplie ;
- L'original de *l'Affirmation de signification* indiquant quand et comment vous avez signifié *l'Avis d'appel* à la partie intimée.
- Les droits

2e étape

Après avoir reçu un *Avis d'appel* dûment rempli, une *Affirmation d'assignation* et les droits de dépôt, la Commission accusera réception de l'avis promptement.

3e étape

Pour faire opposition à l'appel, la partie intimée doit déposer une *Réponse à l'Avis d'appel* dans **les 20 jours** suivant la réception de l'accusé de réception de la Commission. Vous recevrez une copie de la *Réponse à l'Avis d'appel* de la partie intimée.

4e étape

Sauf indication contraire du directeur des arbitrages ou d'un(e) arbitre désigné(e) par celui-ci (appelé(e) « représentant(e) du directeur »), vous devez signifier vos arguments écrits à la partie intimée et les déposer auprès de la Commission dans **les 30 jours** suivant la date à laquelle la *Réponse à l'Avis d'appel* aurait dû être reçue. Si une transcription a été demandée, le délai pour les arguments écrits est prorogé à **30 jours** de la date de réception de la transcription.

5e étape

Le directeur ou le représentant du directeur peut juger l'appel avec ou sans audience.

Comment remplir l'Avis d'appel

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Détails de la décision d'arbitrage

Vous trouverez ces renseignements dans la décision d'arbitrage.

Nom et adresse de l'appelant

Veuillez remplir cette section au complet. Inscrivez toute autre adresse ou tout autre numéro de téléphone ou de télécopieur qui nous permettra de vous joindre plus facilement.

Représentant(e) de l'appelant

Vous pouvez choisir de vous faire représenter. Même si bon nombre de personnes se font représenter par un(e) avocat(e) dans une procédure d'appel, ce n'est pas obligatoire. Si quelqu'un vous représente, inscrivez son nom, son adresse et son numéro de téléphone. S'il s'agit d'un cabinet, inscrivez le nom du cabinet dans la case prévue à cet effet. **Si la personne qui vous représente N'EST PAS un(e) avocat(e), veuillez confirmer qu'elle est autorisée à agir en votre nom lors de la procédure d'appel. Une personne mineure (âgée de moins de 18 ans) ou une personne atteinte d'une incapacité mentale doit être représentée.**

Motif de l'appel

Seuls les points de droit peuvent faire l'objet d'un appel. Si votre appel ne porte pas sur un point de droit, il pourrait être refusé.

Indiquez brièvement quelles parties de l'ordonnance d'arbitrage font l'objet de l'appel et les erreurs de droit que l'arbitre aurait commises selon vous. Ajoutez des feuilles additionnelles au besoin. *L'Avis d'appel* doit être suffisamment détaillé pour permettre à l'autre partie de répondre. Il n'est toutefois pas nécessaire de déposer tous vos arguments écrits jusqu'à une date ultérieure.

Actions souhaitées

Veuillez décrire brièvement le recours ou les résultats que vous souhaitez obtenir à la suite de votre appel.

Transcriptions

Indiquez si l'audience d'arbitrage a été transcrite par un(e) sténographe judiciaire. Si l'audience a été transcrite, indiquez si vous avez l'intention de commander une transcription de l'audience. Si vous n'avez pas l'intention d'en commander une, vous devez expliquer pourquoi la transcription n'est pas nécessaire pour l'appel.

Suspension

En règle générale, une procédure d'appel ne suspend pas l'exécution d'une ordonnance d'arbitrage. Si vous demandez que l'exécution de l'ordonnance soit suspendue, vous devez expliquer pour quelle raison cette règle ne devrait pas s'appliquer.

Comme il est probable que la décision concernant la suspension soit prise sans autres arguments, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Appel d'une ordonnance provisoire ou préliminaire

En règle générale, une partie ne peut pas porter en appel une ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre jusqu'à ce que toutes les questions en litige faisant l'objet d'un arbitrage aient été réglées. Si vous souhaitez porter en appel une ordonnance provisoire ou préliminaire, vous devez expliquer pourquoi cette règle ne devrait pas s'appliquer.

Comme il est probable que la décision concernant cette question soit prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Éléments de preuve

Les décisions en appel sont généralement données sur les preuves présentées lors de l'audience d'arbitrage. Comme le(la) représentant(e) du directeur aura accès à ces pièces, il n'est pas nécessaire de les déposer à nouveau.

Si vous désirez vous appuyer sur de nouveaux éléments de preuve, ou sur des éléments de preuve additionnels – documents ou témoins – vous devez expliquer quels sont ces éléments de preuve et pourquoi ils devraient être admis en appel.

Comme il est probable que la décision concernant cette question soit prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Signature

Signez le présent formulaire et retournez-le à l'Unité des appels à la Commission.

Droits

Si vous êtes une personne assurée, vous devez joindre un chèque ou un mandat de 250 $, libellé à l'ordre du **MINISTRE DES FINANCES**, pour payer les droits de dépôt. **Les demandes non accompagnées des droits de dépôt seront refusées.**

Si vous êtes un assureur, la Commission facturera à votre compagnie des droits de dépôt de **250 $** et une cotisation de **500 $**.

Nota : Vous pouvez régler votre différend directement avec l'intimé(e) en tout temps au cours de la procédure d'appel.

F1978 (05/01)

Version finale

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Avis d'appel

Remplir TOUTES les sections
Joindre des feuilles additionnelles au besoin

N° du dossier de la Commission
P-

Décision de la division d'arbitrage

Auteur(e) de la demande		Assureur(e)	
Date de l'ordonnance	Arbitre		N° du dossier d'arbitrage

Appelant(e)

Nom de la compagnie OU nom de famille | Prénom

☐ M.
☐ M^me^

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Télécopieur	Courriel
( )	( )	( )	

Représentant(e) de l'appelant(e)

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M.
☐ M^me^

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail	Télécopieur	Courriel
( )	( )	

Relation avec la personne assurée

☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/ administrateur/ fiduciaire ☐ Tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Motif de l'appel

Expliquez brièvement le motif de votre appel. (Points de droit seulement)

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Actions souhaitées à la suite de l'appel

Expliquez brièvement les résultats que vous comptez obtenir à la suite de l'appel.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Page 2

P1676 (05/01)

Échantillon

Formulaire I
Avis d'appel

Transcription

L'audience a-t-elle été enregistrée ? ☐ Non ☐ Oui

Demandez-vous une transcription de l'audience ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, vous devez aviser l'autre partie et prendre les dispositions nécessaires pour faire parvenir une copie de la transcription à l'autre partie ainsi qu'au (à la) représentant(e) du directeur. Indiquez quand vous comptez recevoir la transcription. ▼

Si non, expliquez brièvement pourquoi une transcription n'est pas nécessaire pour l'appel. ▼

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Suspension d'une ordonnance d'arbitrage

Demandez-vous une suspension de l'ordonnance d'arbitrage ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, expliquez brièvement le motif de la demande de suspension. Votre explication devrait être aussi détaillée que possible. ▼

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Appel d'une ordonnance provisoire ou préliminaire

Portez-vous en appel une ordonnance provisoire ou préliminaire ?

☐ Non ☐ Oui Si oui, expliquez brièvement pourquoi l'appel de l'ordonnance provisoire ou préliminaire devrait être permise. Votre explication devrait être aussi détaillée que possible. ▼

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Éléments de preuve

Énumérez tous éléments de preuve que vous comptez utiliser en plus des pièces déposées dans le cadre de l'audience d'arbitrage. Votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Signature et attestation

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans le présent Avis d'appel ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que les renseignements déposés avec cet Avis d'appel seront remis à l'autre partie au litige.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	☐ Appelant(e) ☐ Représentant(e)
Signature	Date	☐ Chèque ou mandant joint

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cet appel.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) *(nom du(de la) représentant(e)* ▼*)*

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de l'appelant(e)	Date	**Nombre total de feuilles additionnelles jointes**

PIERR (05/01)

Échantillon

Ontario

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Réponse à l'Avis d'appel
Formulaire J

Utilisez le présent formulaire pour faire opposition à un *Avis d'appel* déposé par une autre partie à l'audience d'arbitrage.

Vous devez déposer la présente *Réponse à l'Avis d'appel* auprès de la Commission à l'adresse ci-dessous, **dans les 20 jours suivant** réception de la confirmation de l'appel de la Commission. Le directeur des arbitrages peut proroger le délai s'il juge que les motifs et la force de l'appel sont valables. Les étapes à suivre sont exposées dans le présent formulaire.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Si vous avez des questions ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Unité des appels
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 15e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

À Toronto : (416) 590-7222

Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7222

Télécopieur : (416) 590-7077

Site Web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

Échantillon

This form is also available in English.

F1848 (05/01)

Formulaire J

Réponse à l'Avis d'appel

Pour connaître toutes les règles sur les appels, veuillez consulter le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

Pour répondre à un Avis d'appel

Dès qu'elle reçoit un *Avis d'appel* dûment rempli, la Commission en accusera réception promptement en envoyant une lettre à cet effet à toutes les parties à l'audience d'arbitrage.

Si vous désirez faire opposition à un *Avis d'appel*, vous devez répondre dans **les 20 jours** suivant la date de la confirmation de l'appel par la Commission. Le directeur des arbitrages peut proroger le délai s'il juge que les motifs et la force de l'appel sont valables.

1re étape

Remplissez la *Réponse à l'Avis d'appel*. Après avoir rempli le formulaire, vous devez en signifier une copie à l'appelant(e). Si *l'Avis d'appel* indique que l'appelant(e) se fait représenter, vous devez signifier la Réponse au (à la) représentant(e). Si non, veuillez signifier une copie de la Réponse à l'appelant(e).

La signification peut se faire en personne, par la poste, par messager, par télécopieur, par courrier recommandé ou par toute autre méthode permise dans le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

Vous devez ensuite déposer les documents suivants auprès de la Commission :

- La *Réponse à l'Avis d'appel* dûment remplie ;
- L'original de *l'Affirmation de signification* indiquant quand et comment vous avez signifié la présente *Réponse à l'Avis d'appel* à l'appelant(e).

Droits

Si vous êtes la personne assurée, aucun droit n'est exigé pour le dépôt de la *Réponse à l'Avis d'appel*.

Si vous êtes un assureur, la Commission facturera à votre compagnie une cotisation de **500 $**.

Appel incident :

Si vous désirez porter en appel une partie de l'ordonnance d'arbitrage, en plus de répondre à *l'Avis d'appel*, vous devez déposer votre propre *Avis d'appel*. Les règles régissant les appels, notamment les délais, les droits de dépôt (**200 $**) et la cotisation de l'assureur s'appliquent aux « appels incidents ».

2e étape

Vous devez signifier vos arguments écrits à l'appelant(e) et les déposer auprès de la Commission dans les **20 jours** qui suivent réception des arguments écrits de l'appelant(e).

3e étape

Le(la) directeur(trice) ou l'arbitre désigné(e) ou nommé(e) par le directeur des arbitrages (appelé(e) « représentant(e) du directeur ») peut juger l'appel avec ou sans audience.

Comment remplir la *Réponse à l'avis d'appel*

Écrire en caractères d'imprimerie

Appelant(e)

Ces renseignements se trouvent dans *l'Avis d'appel*.

Nom et adresse de la partie intimée

Veuillez remplir cette section au complet. Inscrivez toute autre adresse ou tout autre numéro de téléphone ou de télécopieur qui nous permettra de vous joindre plus facilement.

Représentant(e) de la partie intimée

Vous pouvez choisir de vous faire représenter. Même si bon nombre de personnes se font représenter par un(e) avocat(e) dans une procédure d'appel, ce n'est pas nécessaire. Si quelqu'un vous représente, inscrivez son nom, son adresse et son numéro de téléphone. S'il s'agit d'un cabinet, inscrivez le nom du cabinet dans la case prévue à cet effet. **Si la personne qui vous représente N'EST PAS un(e) avocat(e), veuillez confirmer qu'elle est autorisée à agir en votre nom lors de la procédure d'appel. Une personne mineure (âgée de moins de 18 ans) ou une personne atteinte d'une incapacité mentale doit être représentée.**

Réponse à l'Avis d'appel

Répondez brièvement au motif de l'appel énoncé dans *l'Avis d'appel*. Ajouter des feuilles additionnelles au besoin. Bien que vous devrez exposer vos arguments, il n'est pas nécessaire de déposer tous vos arguments écrits à cette étape.

Réponse aux questions préliminaires

Répondez aux questions préliminaires soulevées dans *l'Avis d'appel* (transcriptions, suspension, ordonnance provisoire ou préliminaire, nouveaux éléments de preuve). Veuillez fournir une réponse aussi détaillée que possible, car le directeur des arbitrages ou son(sa) représentant(e) peut prendre une décision concernant ces questions sans autre document à l'appui. Ajoutez des feuilles additionnelles au besoin.

Transcriptions

Si l'appelant(e) n'a pas l'intention de commander une transcription, vous devez indiquer si, à votre avis, une transcription est nécessaire pour l'appel.

Suspension d'une ordonnance d'arbitrage

En règle générale, une procédure d'appel ne suspend pas l'exécution d'une ordonnance d'arbitrage. Si vous demandez que l'exécution de l'ordonnance soit suspendue, vous devez expliquer pour quelle raison cette règle ne devrait pas s'appliquer.

Comme il est probable que la décision concernant la suspension soit prise sans autres documents à l'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Appel d'une ordonnance provisoire ou préliminaire

En règle générale, une partie ne peut pas porter en appel une ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre jusqu'à ce que toutes les questions en litige faisant objet d'un arbitrage aient été réglées. Si vous vous opposez à l'appel d'une ordonnance provisoire ou préliminaire, vous devez expliquer votre opposition.

Comme il est probable que la décision concernant cette question soit prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Éléments de preuve

Les décisions en appel sont généralement données sur les preuves présentées lors de l'audience d'arbitrage. Comme le(la) représentant(e) du directeur aura accès à ces pièces, il n'est pas nécessaire de les déposer à nouveau.

Si vous désirez vous appuyer sur de nouveaux éléments de preuve, ou sur des éléments de preuve additionnels – documents ou témoins – vous devez expliquer quels sont ces éléments de preuve et pourquoi ils devraient être admis en appel.

Si vous opposez la présentation de nouveaux éléments de preuve, vous devez expliquer pourquoi vous vous y opposez.

Comme il est probable que la décision concernant cette question soit prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Signature

Signez le présent formulaire et retournez-le à l'Unité des appels à la Commission.

Nota : Vous pouvez régler votre différend directement avec l'appelant(e) en tout temps au cours de la procédure d'arbitrage.

F1344 (05/01)

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Réponse à l'appel

Formulaire J

Remplir TOUTES les sections
Joindre des feuilles additionnelles au besoin

N° du dossier de l'appel
P-

Appelant(e)

Nom de la compagnie OU nom de famille | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Nom et adresse de la partie intimée

Nom de la compagnie OU nom de famille | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Représentant(e) de la partie intimée

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M.
☐ Mme

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Relation avec la personne assurée

☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/ administrateur/ fiduciaire ☐ Tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Réponse à l'avis d'appel

Expliquez brièvement votre réponse aux motifs de l'appelant(e). (Points de droit seulement).

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

Page 2

F1548 (05/01)

Échantillon

Formulaire J

Réponse à l'Avis d'appel

[illegible]

Répondez aux questions préliminaires soulevées dans *l'Avis d'appel* (transcription, suspension, appel d'une ordonnance provisoire ou préliminaire, nouveaux éléments de preuve). ***Voir la feuille d'instructions pour plus de détails.* Votre réponse doit être aussi détaillée que possible.**

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

[illegible]

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans la présente Réponse à l'Avis d'appel ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Réponse à l'Avis d'appel seront remis à l'autre partie au litige.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	☐ Partie intimée ☐ Représentant(e)
Signature	Date	

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cet appel.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) *(nom du(de la) représentant(e) ▼)*

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de la partie intimée	Date	**Nombre total de feuilles additionnelles jointes**

Échantillon

[illegible]

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Demande d'intervention

Formulaire K

Remplir TOUTES les sections.
Joindre des feuilles additionnelles au besoin

N° du dossier de la commission

Utilisez la présente *Demande* pour intervenir dans un appel devant la Commission. Vous devez signifier une copie de la présente *Demande* et des arguments d'appui à toutes les parties à l'instance. Vous devez aussi déposer auprès de la Commission la *Demande* ainsi qu'un avis.

L'une ou l'autre des parties à l'instance peut appuyer ou contester la présente *Demande* en déposant des arguments écrits à cet effet auprès de la Commission dans les 10 jours suivant la réception de la *Demande*. Les arguments écrits doivent indiquer les raisons pour lesquelles la partie veut que l'auteur(e) de la demande ait ou non le droit de participer. Vous devez signifier une copie des arguments écrits au (à la) représentant(e) de l'auteur(e) de la *Demande d'intervention* ou si cette personne n'est pas représentée, à la personne qui souhaite intervenir. Vous devez ensuite déposer un avis de signification auprès de la Commission.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, Commission des services financiers de l'Ontario.

Dossier d'appel

Appelant(e)	Personne intimée	N° du dossier d'appel

Auteur(e) de la demande

Nom de la compagnie **OU** nom de famille

Prénom

☐ M.
☐ M^me^

Adresse Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone à domicile	Téléphone au travail	Télécopieur	Courriel
( )	( )	( )	

Représentant(e) de l'auteur(e) de la demande

Nom

Prénom

N° du dossier

☐ M.
☐ M^me^

Titre

Nom du cabinet

Adresse Rue

Ville

Province

Code postal

Téléphone au travail	Télécopieur	Courriel
( )	( )	

Relation avec la personne assurée

☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/ administrateur/ fiduciaire ☐ Tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Échantillon

Formulaire K

Demande d'intervention

Arguments écrits

1. Je souhaite intervenir à l'appel pour les raisons suivantes :

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

2. Je souhaite présenter des arguments écrits sur les questions de droit suivantes (inclure les références à toute disposition législative pertinente).

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

Documents

J'appuie ma demande sur les documents suivants

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

Signature et attestation

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans la présente Demande d'intervention ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande d'intervention seront remis à l'autre partie au litige.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	☐ Auteur(e) de la demande ☐ Représentant(e)
Signature	Date	

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cette demande.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) *(nom du(de la) représentant(e) ▼)*

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de l'auteur de la demande	Date	**Nombre total de feuilles additionnelles jointes**

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Demande de modification/ révocation

Formulaire L

Utilisez le présent formulaire pour demander la modification ou la révocation d'une décision d'arbitrage ou d'appel.

La présentation d'une *Demande de modification/révocation* et non d'un *Avis d'appel* est appropriée si la situation de la personne assurée a changé de façon importante depuis l'audience, si vous avez en main de nouveaux éléments de preuve qui n'étaient pas disponibles lors de l'audience d'arbitrage ou de l'appel ou si une erreur évidente s'est glissée dans la décision (par exemple, l'ordonnance ne correspond pas aux motifs de la décision).

Après avoir rempli la *Demande de modification/révocation*, vous devez en déposer une copie auprès de la Commission des services financiers de l'Ontario (la « Commission ») à l'adresse ci-dessous. Les étapes à suivre sont exposées dans le présent formulaire.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Si vous avez des questions ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Unité des appels
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 15e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

À Toronto : (416) 590-7222

Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7222

Télécopieur : (416) 590-7077

Site Web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

Échantillon

Demande de modification ou de révocation d'une ordonnance d'arbitrage ou d'une décision d'appel

Pour connaître toutes les règles relatives aux modifications/révocations, veuillez consulter le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

1re étape

Remplissez la présente *Demande de modification/révocation*. La présente demande peut être refusée si elle est incomplète. Après avoir rempli le formulaire, vous devez en signifier une copie à la partie intimée (l'autre partie). Si la partie intimée était représentée par un(e) avocat(e), vous devez signifier la *Demande de modification/révocation* au (à) l'avocat(e). Si non, veuillez signifier la présente Demande à la partie intimée elle-même.

La signification peut se faire en personne, par la poste, par messager, par télécopieur, par courrier recommandé ou par toute autre méthode permise dans le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

Vous devez ensuite déposer les documents suivants auprès de la Commission :

- La *Demande de modification/révocation* dûment remplie ;
- L'original de *l'Affirmation de signification* indiquant quand et comment vous avez signifié la présente *Demande de modification/révocation* à la partie intimée.
- Les droits.

2e étape

Après avoir reçu une *Demande de modification/révocation* dûment rempli, un *Avis d'assignation* et les droits de dépôt, la Commission accusera réception de l'avis promptement.

3e étape

Pour faire opposition à votre Demande, la partie intimée doit déposer une *Réponse à la Demande de modification/révocation* dans les **20 jours** suivant la réception de l'accusé de réception de la Commission. Vous recevrez une copie de la *Réponse à la Demande de modification/révocation* de la partie intimée.

4e étape

Sauf indication contraire du directeur des arbitrages ou d'un(e) arbitre désigné(e) par celui-ci (appelé(e) « représentant(e) du directeur »), vous devez signifier vos arguments écrits à la partie intimée et les déposer auprès de la Commission dans les **30 jours** suivant la date à laquelle la *Réponse à la demande de modification/révocation* aurait dû être reçue. Si une transcription a été demandée, le délai pour les arguments écrits est prorogé à **30 jours** de la date de réception de la transcription.

5e étape

Le directeur ou le(la) représentant(e) du directeur peut juger la modification/révocation avec ou sans audience.

Comment remplir la Demande de modification/révocation

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Détails de la décision

Vous trouverez ces renseignements dans la décision d'arbitrage ou d'appel.

Nom et adresse de l'auteur(e) de la demande

Veuillez inscrire vos nom et adresse à titre de personne ou d'assureur qui dépose cette *Demande de modification/révocation*. Inscrivez toute autre adresse ou tout autre numéro de téléphone ou de télécopieur qui nous permettra de vous joindre plus facilement.

Représentant(e) de l'auteur(e) de la demande

Vous pouvez choisir de vous faire représenter. Même si bon nombre de personnes se font représenter par un(e) avocat(e) dans une procédure d'appel, ce n'est pas nécessaire. Si quelqu'un vous représente, inscrivez son nom, son adresse et son numéro de téléphone. S'il s'agit d'un cabinet, inscrivez le nom du cabinet dans la case prévue à cet effet. **Si la personne qui vous représente N'EST PAS un(e) avocat(e), veuillez confirmer qu'elle est autorisée à agir en votre nom lors de la procédure d'appel. Une personne mineure (âgée de moins de 18 ans) ou une personne atteinte d'une incapacité mentale doit être représentée.**

Motifs de la demande

Indiquez brièvement quelle(s) partie(s) de l'ordonnance d'arbitrage ou d'appel vous souhaitez faire modifier ou révoquer et les motifs de votre demande. Ajoutez des feuilles additionnelles au besoin. Votre *Demande de modification/révocation* doit être suffisamment détaillée pour permettre à l'autre partie de répondre. Il n'est toutefois pas nécessaire de déposer toutes vos observations écrites à cette étape.

Actions souhaitées

Veuillez décrire brièvement le recours ou les résultats que vous souhaitez obtenir à la suite de votre demande.

Transcriptions

Indiquez si l'audience a été transcrite par un(e) sténographe judiciaire. Si l'audience a été transcrite, indiquez si vous avez l'intention de commander une transcription de l'audience. Si vous n'avez pas l'intention de commander une, vous devez expliquer pourquoi la transcription n'est pas nécessaire pour l'appel.

Éléments de preuve

Si vous désirez vous appuyer sur de nouveaux éléments de preuve, ou sur des éléments de preuve additionnels – documents ou témoins – vous devez expliquer quels sont ces éléments de preuve et pourquoi ils devraient être admis en appel. Vous devez indiquer si ces pièces auraient pu être déposées à l'audience et si la décision de l'arbitre aurait pu être différente.

Le(la) représentant(e) du directeur aura accès aux pièces présentées lors de l'audience d'arbitrage. Il n'est donc pas nécessaire de les soumettre à nouveau.

Comme il est probable que la décision concernant cette question soit prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre

En règle générale, une partie ne peut pas demander la modification ou la révocation d'une ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre. Si vous souhaitez modifier ou révoquer une ordonnance provisoire ou préliminaire, vous devez expliquer pourquoi cette règle ne devrait pas s'appliquer.

Comme il est probable que la décision concernant cette question soit prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Signature

Signez le présent formulaire et retournez-le à l'Unité des appels à la Commission.

Droits

Si vous êtes une personne assurée, vous devez joindre un chèque ou un mandat de 250 $, libellé à l'ordre du **MINISTRE DES FINANCES**, pour payer les droits de dépôt. **Les demandes non accompagnées des droits de dépôt seront refusées.**

Si vous êtes un assureur, la Commission facturera à votre compagnie des droits de dépôt de **250 $** et une cotisations de **500 $**.

Nota : Vous pouvez régler votre différend directement avec la partie intimée en tout temps au cours de la procédure d'appel.

F1977 (05/01)

Formulaire L
Demande de modification/révocation

Commission des services financiers de l'Ontario | Groupe de règlement des différends

Demande de modification/révocation

Formulaire L

N° du dossier de la Commission

Remplir TOUTES les sections.
Joindre des feuilles additionnelles au besoin

Détails de la décision

Auteur(e) de la demande | Assureur(s)

Date de l'ordonnance | Arbitre | N° de dossier d'arbitrage

Auteur(e) de la demande

Nom de la compagnie OU nom de famille | Prénom

☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone à domicile ( ) | Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Représentant(e) de l'auteur(e) de la demande

Nom | Prénom | N° du dossier

☐ M.
☐ Mme

Titre | Nom du cabinet

Adresse Rue | Ville | Province | Code postal

Téléphone au travail ( ) | Télécopieur ( ) | Courriel

Relation avec la personne assurée

☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/ administrateur/ fiduciaire ☐ Tuteur(trice) désigné(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Motifs de la Demande de modification/ révocation

Expliquez brièvement le motif de votre Demande.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Actions souhaitées à la suite de la Demande de modification/ révocation

Expliquez brièvement les résultats que vous comptez obtenir de votre Demande.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Page 3

P1877 (05/11)

Échantillon

Formulaire L

Demande de modification/révocation

Transcriptions

L'audience a-t-elle été enregistré ? ☐ Non ☐ Oui

Demandez-vous une transcription de l'audience ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, vous devez aviser l'autre partie et prendre les dispositions nécessaires pour faire parvenir une copie de la transcription à l'autre partie ainsi qu'au (à la) représentant(e) du directeur. Indiquez quand vous comptez recevoir la transcription. ▼

Si non, expliquez brièvement pourquoi une transcription n'est pas nécessaire pour la modification/révocation. ▼

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre

Demandez-vous une modification/révocation d'une ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, expliquez brièvement pourquoi l'ordonnance provisoire ou préliminaire devrait être modifiée ou révoquée. Votre explication devrait être aussi détaillée que possible. ▼

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Éléments de preuve

Énumérez tous éléments de preuve que vous comptez utiliser en plus des pièces déposées dans le cadre de l'audience. Votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

☐ Feuilles additionnelles ajoutées

Signature et attestation

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans la présente Demande de modification/révocation ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Demande de modification/révocation seront remis à l'autre partie au litige.

Nom (en caractères d'imprimerie)	Titre	☐ Auteur(e) de la demande ☐ Représentant(e)
Signature	Date	☐ Chèque ou mandant joint

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cette demande.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) *(nom du(de la) représentant(e)* ▼*)*

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de la partie intimée	Date	**Nombre total de feuilles additionnelles jointes**

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Réponse à une Demande de modification/révocation

Formulaire M

Utilisez le présent formulaire pour faire opposition à une *Demande de modification/révocation* déposée par une autre partie à l'audience d'arbitrage.

Vous devez déposer la présente *Réponse à une demande de modification/révocation* auprès de la Commission à l'adresse ci-dessous, **dans les 20 jours suivant** réception de la confirmation de la *Demande de modification/révocation* de la Commission. Le directeur des arbitrages peut proroger le délai s'il juge que les motifs et la force de la Réponse sont valables. Les étapes à suivre sont exposées dans le présent formulaire.

Les renseignements personnels demandés dans le présent formulaire sont recueillis aux termes de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8, telle que modifiée. Ces renseignements, y compris les documents qui accompagnent la présente demande, seront utilisés dans le cadre du processus de règlement des différends concernant les indemnités d'accident. Les renseignements seront mis à la disposition de toutes les parties à la procédure. Toute question au sujet de la collecte de renseignements peut être adressée au Bureau du registrateur, Groupe de règlement des différends, à l'adresse qui figure ci-dessous.

Si vous avez des questions ou pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Unité des appels
Groupe de règlement des différends
Commission des services financiers de l'Ontario
5160, rue Yonge, 15e étage, C.P. 85
North York (Ontario) M2N 6L9

À Toronto : (416) 590-7222

Sans frais : 1 800 517-2332, poste 7222

Télécopieur : (416) 590-7077

Site Web de la Commission : www.fsco.gov.on.ca

Échantillon

This form is also available in English.

F1852 (05/01)

Formulaire M

Réponse à une Demande de modification/révocation

Pour connaître toutes les règles sur les modifications/révocations, veuillez consulter le Code des pratiques pour le règlement des différends.

Répondre à une Demande de modification/révocation

Dès qu'elle reçoit une *Demande de modification/révocation* dûment remplie, la Commission en accusera réception promptement en envoyant une lettre à cet effet à toutes les parties à l'audience d'arbitrage ou à l'appel.

Si vous désirez faire opposition à une modification/révocation, vous devez répondre dans les **20 jours** suivant la date de la confirmation de la demande par la Commission. Le directeur des arbitrages peut proroger le délai s'il juge que les motifs et la force de la Réponse sont valables.

1re étape

Remplissez la *Réponse à une Demande de modification/révocation*.

Après avoir rempli le formulaire, vous devez en signifier une copie à l'auteur(e) de la demande. Si la *Demande de modification/révocation* indique que l'auteur(e) de la demande se fait représenter, vous devez signifier la Réponse au (à la) représentant(e).

La signification peut se faire en personne, par la poste, par messager, par télécopieur, par courrier recommandé ou par toute autre méthode permise dans le *Code des pratiques pour le règlement des différends*.

Vous devez ensuite déposer les documents suivants auprès de la Commission :

- La *Réponse à une Demande de modification/révocation* dûment remplie ;
- L'original de *l'Affirmation de signification* indiquant quand et comment vous avez signifié la présente *Réponse à une Demande de modification/révocation* à l'auteur(e) de la demande.

Droits

Si vous êtes la personne assurée, aucun droit n'est exigé pour le dépôt de la *Réponse à une Demande de modification/révocation*.

Si vous êtes un assureur, la Commission facturera à votre compagnie une cotisation de **500 $**.

2e étape

Vous devez signifier vos arguments écrits à l'auteur(e) de la demande et les déposer auprès de la Commission dans les **20 jours** qui suivent réception des arguments écrits de l'auteur(e) de la demande.

3e étape

Le(la) directeur(trice) ou l'arbitre désigné(e) ou nommé(e) par le directeur des arbitrages (appelé(e) « représentant(e) du directeur ») peut juger la *Demande de modification/révocation* avec ou sans audience.

Comment remplir la Réponse à une Demande de modification/révocation

Écrire en caractères d'imprimerie

Auteur(e) de la Demande de modification/révocation

Ces renseignements se trouvent dans la *Demande de modification/révocation*.

Nom et adresse de la partie intimée

Veuillez remplir cette section au complet. Inscrivez toute autre adresse ou tout autre numéro de téléphone ou de télécopieur qui nous permettra de vous joindre plus facilement.

Représentant(e) de la partie intimée

Vous pouvez choisir de vous faire représenter. Même si bon nombre de personnes se font représenter par un(e) avocat(e) dans une telle procédure, un(e) avocat(e) n'est pas nécessaire. Si quelqu'un vous représente, inscrivez son nom, son adresse et son numéro de téléphone. S'il s'agit d'un cabinet, inscrivez le nom du cabinet dans la case prévue à cet effet. **Si la personne qui vous représente N'EST PAS un(e) avocat(e), veuillez confirmer qu'elle est autorisée à agir en votre nom lors de la procédure d'appel. Une personne mineure (âgée de moins de 18 ans) ou une personne atteinte d'une incapacité mentale doit être représentée.**

Réponse à une Demande de modification/révocation

Répondez brièvement au motif de l'appel énoncé dans la *Demande de modification/révocation*. Ajouter des feuilles additionnelles au besoin. Bien que vous devrez exposer vos arguments, il n'est pas nécessaire de déposer toutes vos arguments écrits à cette étape.

Réponse aux questions préliminaires

Répondez aux questions préliminaires soulevées dans la *Demande de modification/révocation* (transcriptions, ordonnance provisoire ou préliminaire, nouveaux éléments de preuve). Veuillez fournir une réponse aussi détaillée que possible, car le directeur des arbitrages ou son(a) représentant(e) peut prendre une décision concernant ces questions sans autre document à l'appui. Ajouter des feuilles additionnelles au besoin.

Transcriptions

Si l'auteur(e) de la demande n'a pas l'intention de commander une transcription, vous devez indiquer si, à votre avis, une transcription est nécessaire pour l'appel.

Ordonnance provisoire ou préliminaire

En règle générale, une partie ne peut pas modifier ou révoquer une ordonnance provisoire ou préliminaire d'un arbitre. Si vous vous opposez à une modification/révocation d'une ordonnance provisoire ou préliminaire, vous devez expliquer votre opposition.

Éléments de preuve

Comme le directeur ou le(la) représentant(e) du directeur aura accès aux pièces déposées lors de l'arbitrage, il n'est pas nécessaire de les déposer à nouveau.

Si vous désirez vous appuyer sur de nouveaux éléments de preuve, ou sur des éléments de preuve additionnels – documents ou témoins – vous devez expliquer quels sont ces éléments de preuve et pourquoi ils devraient être admis.

Si vous opposez la présentation de nouveaux éléments de preuve, vous devez expliquer pourquoi vous vous y opposez.

Comme la décision concernant cette question peut être prise sans autres documents d'appui, votre explication devrait être aussi détaillée que possible.

Signature

Signez le présent formulaire et retournez-le à l'Unité des appels à la Commission.

Nota : Vous pouvez régler votre différend directement avec l'auteur(e) de la demande en tout temps au cours de la procédure d'arbitrage.

Version finale

Formulaire M
Réponse à une Demande de modification/révocation

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Réponse à une Demande de modification/révocation

Formulaire M

Remplir TOUTES les sections
Joindre des feuilles additionnelles au besoin

N° du dossier de l'appel
P.

Auteur(e) de la Demande de modification/révocation

Nom de la compagnie **OU** nom de famille — Prénom
☐ M.
☐ Mme

Nom et adresse de la partie intimée

Nom — Prénom
☐ M.
☐ Mme

Adresse Rue — Ville — Province — Code postal

Représentant(e) de la partie intimée

Nom — Prénom — N° du dossier
☐ M.
☐ Mme

Titre — Nom du cabinet

Adresse Rue — Ville — Province — Code postal

Téléphone au travail ( ) — Télécopieur ( ) — Courriel

Relation avec la personne assurée

☐ Avocat(e) ☐ Para-juridique ☐ Parent avec qui l'enfant habite ☐ Conjoint(e) ou parent ☐ Exécuteur/administrateur/fiduciaire ☐ Tuteur(trice) designé(e) par le tribunal ☐ Autre, veuillez préciser ▼

Réponse à une Demande de modification/révocation

Expliquez brièvement votre réponse aux motifs de l'auteur (e) de la Demande de modification/révocation. (Points de droit seulement).

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

Échantillon

[illegible]

Formulaire M

Réponse à une Demande de modification/révocation

[illegible]

Répondez aux questions préliminaires soulevées dans la **Demande de modification/révocation** (transcription, ordonnance provisoire ou préliminaire, nouveaux éléments de preuve). *Voir la feuille d'instructions pour plus de détails.* **Votre réponse doit être aussi détaillée que possible.**

☐ Feuilles additionnelles ci-jointes

[illegible]

J'atteste par la présente que tous les renseignements fournis dans la présente Réponse à une Demande de modification/révocation ainsi que dans les pièces jointes sont véridiques et complets. Je reconnais que les renseignements déposés avec cette Réponse à une Demande de modification/révocation seront remis à l'autre partie au litige.

Nom (en caractères d'imprimerie) | Titre | ☐ Partie intimée ☐ Représentant(e)

Signature | Date

Si votre représentant(e) N'EST PAS un(e) avocat(e), vous devez attester avoir donné à cette personne plein pouvoir de discuter de toutes les questions en instance, de négocier ou de conclure un accord ou de régler une ou toutes les questions en litige relativement à cet appel.

J'atteste par la présente que mon(ma) représentant(e) *(nom du(de la) représentant(e) ▼)*

a plein pouvoir conformément aux dispositions susmentionnées.

Signature de la partie intimée | Date | **Nombre total de feuilles additionnelles jointes**

Échantillon

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Assignation de témoin
Formulaire N

Ce formulaire comporte quatre parties :
Page 1 – Témoin
Page 2 – Commission
Page 3 – Assureur
Page 4 – Personne assurée.

La présente assignation doit être signifiée au moins 5 jours ouvrables avant le premier jour de l'audience indiqué ci-dessous ou dans un délai plus court fixé par l'arbitre. Une copie de l'ordonnance fixant le délai plus court doit accompagner la présente assignation de témoin.

***Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, chap. I.8 tel que modifié (la « *Loi* »)**

ASSIGNATION DE TÉMOIN DEVANT la Commission des services financiers de l'Ontario

Objet : *(Parties)* Dossier de la Commission nº A –

DESTINATAIRE : *(nom et adresse du témoin)*

Pour une audience orale

VOUS ÊTES ASSIGNÉ(E) À COMPARAÎTRE à l'audience relative à la présente instance le

_____ _____ à _____ à _____
(jour) *(date)* *(heure)* *(lieu)*

et à y demeurer jusqu'à ce que votre présence ne soit plus requise.

VOUS ÊTES TENU(E) D'APPORTER AVEC VOUS et de produire lors de l'audience les documents et objets :
(Indiquer la nature et la date de chaque document ; donner une description précise de chaque document ou objet. Joindre des feuilles additionnelles au besoin).

Feuilles additionnelles ci-jointes ☐

SI VOUS NE VOUS PRÉSENTEZ PAS À L'AUDIENCE ou que vous n'y demeurez pas conformément à la présente assignation, la Cour supérieure de justice de l'Ontario peut ordonner qu'un mandat d'arrêt soit émis contre vous ou que les sanctions pour outrage à cette Cour vous soient imposées.

Pour une audience électronique

VOUS ÊTES ASSIGNÉ(E) À PARTICIPER À UNE AUDIENCE ÉLECTRONIQUE le

_____ _____ à _____
(jour) *(date)* *(heure)*

de la façon suivante : *(Donner suffisamment de renseignements pour que le témoin puisse participer.)*

SI VOUS NE PARTICIPEZ PAS À L'AUDIENCE conformément à la présente assignation, la Cour supérieure de justice de l'Ontario peut ordonner qu'un mandat d'arrêt soit émis contre vous ou que les sanctions pour outrage à cette Cour vous soient imposées.

Signature

_____ _____
Commission des services financiers de l'Ontario
Bureau du registrateur
Date

Remarque : Vous avez droit aux mêmes indemnités de présence ou de participation que si vous étiez assigné(e) à comparaître devant la Cour supérieure de justice de l'Ontario. Veuillez consulter la Mini pratique 8 pour de plus amples renseignements sur cette assignation.

This form is also available in English.

F1655 05/01

Échantillon

Formulaire O

Affidavit de signification pour une assignation de témoin

Commission des services financiers de l'Ontario

Groupe de règlement des différends

Affidavit de signification pour une assignation de témoin

Formulaire O

Ce formulaire comporte trois parties :
Bleue - Commission des services financiers de l'Ontario
Jaune - Assureur
Rose - Personne assurée.

Le présent Affidavit a pour objet de confirmer qu'une copie du document cité a été signifiée à la personne nommée, en mains propres.
Un *Affidavit de signification pour une assignation* doit être préparé pour la signification d'une Assignation.

Nom et n° du dossier de la Commission	Personne assurée	Assureur	Numéro du dossier de la Commission

Déclaration

Je soussigné(e), _____ .
(nom au complet)

du (de la) _____ de _____
(ville, village, etc.) *(nom de la ville, du village etc.)*

dans le (la) _____ de _____
(comté, municipalité régionale, etc.) *(nom du comté, de la municipalité régionale, etc.)*

JURE OU AFFIRME SOLENNELLEMENT QUE :

1) À _____ le _____ 20 ____
(heure) *(jour) (date) (mois)* *(année)*

j'ai personnellement signifié à _____
(nom du destinataire)

une copie de _____
(nom du document signifié)

à _____
(lieu de signification du document)

2) J'ai identifié la personne au moyen de _____ .
(mode d'identification)

3) Dans le cas d'une *Assignation d'un témoin*, j'ai versé les indemnités de présence appropriées à la personne susmentionnée.

Signatures

Assermenté (ou affirmé solennellement) devant moi dans le (la) _____ de _____
(ville, village, etc.) *(nom de la ville, du village, etc.)*

dans le (la) _____ de _____
(comté, municipalité régionale, etc.) *(nom du comté, de la municipalité régionale, etc.)*

ce _____ 20 ____ .
(date) (mois) *(année)*

_____ _____
Signature du (de la) commissaire à l'assermentation — Signature de l'expéditeur(trice) de la signification

This form is also available in English.

F1658 (05/01)

Échantillon